Health and Welfare Canada
Santé et Bien-être social Canada

Canada

Medical Care Annual Report

Soins médicaux Rapport annuel

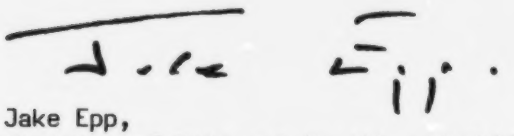
86-05701/

Her Excellency the Right Honourable Jeanne Sauvé, Governor General and Commander-in-Chief of Canada.

MAY IT PLEASE YOUR EXCELLENCY:

The undersigned has the honour to present to your Excellency the Annual Report respecting operations of the Medical Care Act for the fiscal year ended March 31, 1983.

Respectfully submitted,



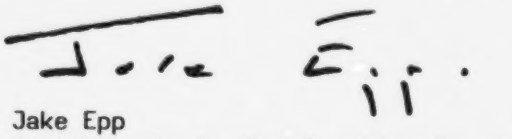
Jake Epp,
Minister of National Health and Welfare

Son Excellence la très honorable Jeanne Sauvé, Gouverneur général et Commandant en chef du Canada.

QU'IL PLAISE À VOTRE EXCELLENCE,

J'ai l'honneur de présenter à Votre Excellence le Rapport annuel sur l'application de la Loi sur les soins médicaux pour l'année financière terminée le 31 mars 1983.

Je vous prie d'agréer, Madame le Gouverneur général, l'assurance de mon profond respect.



Jake Epp
Ministre de la Santé nationale et du Bien-être social

©Minister of Supply and Services Canada 1986
Cat. No. H75-9/1983
ISBN 0-662-54516-8

©Ministre des Approvisionnements et Services Canada 1986
N^{O} de cat. H75-9/1983
ISBN 0-662-54516-8

Annual Report of the Minister of National Health and Welfare respecting operations of the **Medical Care Act** for the fiscal year ended March 31, 1983.

This is the fifteenth report to Parliament, made in accordance with Section 9 of the Medical Care Act.

Program Description

The Medical Care Act (Chapter M-8, R.S.C., 1970) received Royal Assent on December 21, 1966. In keeping with a recommendation from the Royal Commission on Health Services in 1964, the Act established a grant-in-aid program whereby the federal government is empowered to make financial contributions to those provinces* which operate medical care insurance plans meeting certain minimum criteria. These criteria are embodied in the Act and require the provincial plans to have the following characteristics:

1. **Comprehensive coverage** for all medically required services rendered by a physician or surgeon. There can be no dollar limit or exclusion except on the grounds that the services are not medically required. Certain surgical-dental services rendered by dental surgeons in hospitals were added as benefits effective July 1, 1968.

2. **Reasonable access to insured services by insured persons.** The benefit coverage must be administered in such a way that there will be no impediment or preclusion through financial charges or otherwise to an insured person receiving necessary medical care.

3. **Universal coverage** available to all eligible residents of a participating province on uniform terms and conditions and covering, in addition, at least 95 per cent of the total eligible population. This ensures access to coverage by all residents and prevents premium discrimination on account of previous health status, age, non-membership in a group or other consideration. At the same time, subsidization in whole or in part for certain age groups or low-income groups is permitted if a plan is financed by means of a premium system, provided all qualifying residents are

* The term "provinces" includes the territories unless otherwise specified.

Rapport annuel du ministre de la Santé nationale et du Bien-être social sur l'application de la **Loi sur les soins médicaux** pour l'année financière terminée le 31 mars 1983.

Le présent rapport, établi conformément à l'Article 9 de la Loi sur les soins médicaux, est le quinzième présenté au Parlement.

Description du programme

La Loi sur les soins médicaux (Chapitre M-8, S.R.C., 1970) a reçu la sanction royale le 21 décembre 1966. Conformément aux propositions de la Commission royale sur les services de santé de 1964, la loi a établi un programme de subventions aux termes duquel le gouvernement fédéral a le pouvoir d'accorder, selon certains critères minimaux, une aide financière aux provinces* appliquant un régime de soins médicaux. Ces critères sont incorporés dans la loi et obligent les régimes provinciaux à posséder les caractéristiques suivantes:

1. **La garantie tous risques** couvrant tous les services nécessaires dispensés par un médecin ou par un chirurgien. Ce critère n'admet aucune limite monétaire ni exclusion, à moins que les services ne s'imposent pas du point de vue médical. Depuis le 1er juillet 1968, certains services de chirurgie dentaire dispensés dans les hôpitaux par des chirurgiens-dentistes sont également prévus.

2. **L'accès raisonnable des personnes assurées aux services assurés.** L'accès aux services assurés ne doit pas être entravé par des frais d'utilisation excessifs ou d'autres dispositions.

3. **L'application universelle** de la garantie à tous les résidents assurables de la province participante, selon des conditions uniformes, et couvrant au moins 95 p. 100 de la population assurable. Cela permet de garantir l'accès à tous les résidents et d'éviter la discrimination en matière de primes, qu'elle soit fondée sur la santé, l'âge, la non-appartenance à un groupe ou tout autre motif. En outre, si le régime est financé par un système de primes, l'autorité provinciale peut subventionner, en totalité ou en partie, certains groupes d'âge ou des groupes

* Le terme "provinces" comprend les territoires sauf indication contraire.

treated equally. Eligibility as a beneficiary is not related to employment insurance groups and, consequently, coverage is not lost when an individual changes jobs.

4. **Portability of benefits** when beneficiaries are temporarily absent from their own province or when moving from one participating province to another.

5. **Administration on a non-profit basis** by a public authority which is accountable to the provincial government for its financial transactions.

Federal financial contributions to participating provinces became payable from July 1, 1968, and, originally, were based on half of the national per capita cost of the insured services of the national program, multiplied by the number of insured persons in each province. As a result of a 1976 amendment to the Medical Care Act, the 1976-77 per capita contribution was limited to 113 per cent of the 1975-76 per capita contribution. This ceiling marginally reduced the level of the federal contribution below 50 per cent of the national per capita cost of insured services for that year. New financial arrangements came into effect April 1, 1977, and are discussed later in this report under the heading "Description of Financing Arrangements".

The Medical Care Act excludes from the insurable population of a province members of the Canadian Armed Forces, Royal Canadian Mounted Police and persons serving a term of imprisonment in a penitentiary as defined in the Penitentiary Act. These exclusions amount to less than 0.5 per cent of the total population.

Medically required services furnished by medical practitioners to otherwise insurable and/or insured residents of a participating province who are eligible and entitled to receive insured services under any other Act of the Parliament of Canada or under any law of a province relating to workers' compensation are not insured services under the Medical Care Act. For example, war veterans entitled to medical care under other federal legislation are excluded from the benefit coverage of the Medical Care Act insofar as their compensable disability is concerned. The relevant federal statutes are as follows:

Aeronautics Act
Civilian War Pensions and Allowances Act

économiquement faibles, à condition que tous les résidents ayant droit à la garantie soient traités équitablement. Le droit à la garantie n'est pas lié à une assurance collective par groupes d'employés, et par conséquent, le changement d'emploi n'entraîne aucune suspension de la garantie.

4. **La transférabilité des prestations** lorsque le bénéficiaire s'absente temporairement de sa province ou déménage dans une autre province participante.

5. **L'administration sans but lucratif** assurée par un organisme public, responsable de ses opérations financières devant le gouvernement provincial.

Les contributions fédérales ont commencé d'être versées aux provinces participantes le 1er juillet 1968 et, à l'origine, étaient fondées sur la moitié du coût national par habitant des services assurés par le programme national, multipliée par le nombre de personnes assurées dans chaque province. Par suite d'une modification apportée en 1976 à la Loi sur les soins médicaux, la contribution par habitant pour 1976-1977 a été limitée à 113 p. 100 de celle versée pour 1975-1976. Ce plafond a légèrement réduit le niveau de la contribution fédérale à moins de 50 p. 100 du coût national par habitant des services assurés pour l'année en question. De nouveaux accords financiers sont entrés en vigueur le 1er avril 1977 et ceux-ci sont examinés sous la rubrique "Description des accords de financement".

La Loi sur les soins médicaux exclut de la population assurable d'une province les membres des Forces armées canadiennes, les membres de la Gendarmerie royale du Canada et les personnes purgeant une peine d'emprisonnement dans un pénitencier, selon la définition qu'en donne la Loi sur les pénitenciers. Le nombre des personnes exclues représente moins de 0,5 p. 100 de la population globale.

Les services médicaux fournis par un médecin aux résidents assurables d'une province participante, qui ont droit aux services assurés en vertu de toute autre loi du Parlement canadien ou de toute loi provinciale portant sur l'indemnisation des accidentés du travail ne sont pas des services assurés en vertu de la Loi sur les soins médicaux. Par exemple, les anciens combattants ayant droit aux soins médicaux en vertu d'autres lois fédérales sont exclus de la garantie prévue par la Loi sur les soins médicaux en ce qui concerne une affection imputable au service de guerre pour laquelle ils sont déjà indemnisés. Les lois fédérales en question sont les suivantes:

Loi sur l'aéronautique
Loi sur les pensions et allocations de guerre pour les civils

Government Employees Compensation Act

Merchant Seamen Compensation Act
National Defence Act
Penitentiary Act
Pension Act
Royal Canadian Mounted Police Act
Royal Canadian Mounted Police Pension Continuation Act
Royal Canadian Mounted Police Superannuation Act
Veterans Rehabilitation Act

Coverage is automatic for eligible residents in most provinces except in Ontario, British Columbia and Alberta, subject to any registration requirements being met. In Ontario, coverage is mandatory for persons employed where there are 15 or more persons on the payroll, it occurs at the discretion of the employer where there are between six to 14 employees, while coverage is voluntary for the remainder of the population. In Alberta, persons may "opt out" on a yearly basis, but such an election must be for both the provincial hospital insurance and medical care plans. British Columbia has a voluntary plan.

Virtually 100 per cent of the residents of Canada who were eligible for coverage under the Medical Care Program through the various provincial plans were insured in 1982-83.

This is the eleventh fiscal year in which medical care insurance plans were in effect in all jurisdictions. The provincial plans have been operational for at least twelve years and in most instances for thirteen or fourteen years.

The dates of entry of the provincial plans were as follows:

Newfoundland	April 1, 1969
Prince Edward Island	December 1, 1970
Nova Scotia	April 1, 1969
New Brunswick	January 1, 1971
Quebec	November 1, 1970
Ontario	October 1, 1969
Manitoba	April 1, 1969
Saskatchewan	July 1, 1968
Alberta	July 1, 1969
British Columbia	July 1, 1968
Yukon	April 1, 1972
Northwest Territories	April 1, 1971

Description of Financing Arrangements

Late in 1976, the provinces and the federal government agreed to new financing arrangements for medical care. This agreement was embodied

Loi sur l'indemnisation des employés de l'État
Loi sur l'indemnisation des marins marchands
Loi sur la défense nationale
Loi sur les pénitenciers
Loi sur les pensions
Loi sur la Gendarmerie royale du Canada
Loi sur la continuation des pensions de la Gendarmerie royale du Canada
Loi sur la pension de retraite de la Gendarmerie royale du Canada
Loi sur la réadaptation des anciens combattants

Dans la plupart des provinces, sauf en Ontario, en Colombie-Britannique et en Alberta, sous réserve que toute condition d'enregistrement soit remplie, les résidents qui ont droit aux soins sont couverts d'office. En Ontario, lorsqu'il y a 15 personnes ou plus inscrites aux listes de paye, les employés du service en question sont couverts obligatoirement, c'est à la discrétion de l'employeur, où il y a entre six à 14 employés, l'assurance est facultative pour le reste de la population. En Alberta, un particulier peut se retirer du régime à la fin de chaque année, mais une telle décision l'oblige à renoncer à la fois au régime provincial d'assurance-hospitalisation et au régime provincial de soins médicaux. La Colombie-Britannique offre un régime volontaire.

En 1982-1983, des résidents canadiens ayant droit aux services assurés du Programme de soins médicaux par l'entremise des différents régimes provinciaux, presque tous ont bénéficié de la garantie.

La présente marque la onzième année financière où il existe un régime de soins médicaux dans toutes les provinces. Les régimes provinciaux sont appliqués depuis au moins douze ans et, dans la plupart des cas, depuis treize ou quatorze ans.

Les régimes provinciaux se sont joints au programme fédéral aux dates suivantes:

Terre-Neuve	1er avril 1969
Île-du-Prince-Édouard	1er décembre 1970
Nouvelle-Écosse	1er avril 1969
Nouveau-Brunswick	1er janvier 1971
Québec	1er novembre 1970
Ontario	1er octobre 1969
Manitoba	1er avril 1969
Saskatchewan	1er juillet 1968
Alberta	1er juillet 1969
Colombie-Britannique	1er juillet 1968
Yukon	1er avril 1972
Territoires du Nord-Ouest	1er avril 1971

Description des accords de financement

À la fin de 1976, les provinces et le gouvernement fédéral ont conclu de nouvelles ententes financières pour l'assurance de soins

in the Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Established Programs Financing Act, 1977 (FPFA/EPF Act).

Commencing April 1, 1977, federal contributions to the provinces with respect to the "established" programs of hospital insurance, medical care and post-secondary education, are no longer tied to provincial costs on the basis of cost-sharing formulae but take the form of a block fund that includes a transfer of tax points to the provinces, plus the associated fiscal equalization, in addition to cash payments.

The Established Programs Financing (EPF) provisions in the legislation contain the formula for calculating federal contributions to the provinces. Provincial entitlements are based on the escalated value of the per capita federal contributions in the 1975-76 base year, times a province's population. The escalator for this purpose is a three-year compound moving average of nominal growth of Gross National Product per capita. The EPF legislation was amended in 1982 to eliminate the compensation for termination of the 1972 Revenue Guarantee Program; this compensation has been built into the original (1977) EPF formula.

An individual province's cash contribution from the federal government in respect of the three previously cost-shared programs is equal to the difference between its total entitlement and the estimated value, for that province, of 13.5 points of personal income tax, 1.0 point of corporate income tax and, the fiscal equalization associated with these tax transfers[1].

The Minister of Finance allocates the total federal cash contribution to each province among the three "established" programs on the basis of the national proportions in the 1975-76 base year, with 17.4 per cent going towards the medical care program.

The allocated cash contributions for the health programs are deemed to be the contributions payable under the Hospital Insurance and Diagnostic Services and the Medical Care Acts. The cash contributions are payable by the Minister of National Health and Welfare who is responsible to Parliament for ensuring that the

1. The province of Quebec receives a special unequalized abatement of 8.5 personal income tax points for hospital insurance, medical care and post-secondary education. The value of this additional tax transfer reduces the amount of Quebec's cash contribution.

médicaux. Ces ententes furent incorporées dans la Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis.

Depuis le 1er avril 1977, les contributions fédérales versées aux provinces relativement aux programmes établis d'assurance-hospitalisation, de soins médicaux et d'études postsecondaires ne sont plus liées aux frais provinciaux selon la formule du partage des coûts: elles prennent plutôt la forme d'un financement global qui comprend un transfert de points fiscaux aux provinces, plus la péréquation fiscale qui s'y rattache, ainsi que des versements en espèces.

Les formules utilisées dans le calcul des contributions fédérales annuelles versées aux provinces sont énoncées dans la Loi sur le financement des programmes établis. Les droits des provinces sont basés sur la valeur relevée des contributions fédérales par habitant au cours de l'année de base 1975-1976, multipliée par la population provinciale. Le facteur de progression en question consiste en une moyenne mobile calculée sur une période de trois ans du taux nominal d'accroissement du Produit national brut par habitant. La Loi sur le financement des programmes établis a été modifiée en 1982 afin d'éliminer les indemnités versées pour compenser la fin du Programme de revenus garantis. Cette compensation était partie intégrante de la formule originale inclue dans la Loi de 1977 sur le financement des programmes établis.

La contribution en espèces que le gouvernement fédéral verse à chaque province au titre des trois programmes établis est maintenant égale à la différence entre les droits totaux de chaque province et la valeur de 13,5 points d'impôts sur le revenu des particuliers, un point d'impôt sur le revenu des sociétés, ainsi que la péréquation fiscale associée à ces transferts fiscaux[1].

Le ministre des Finances répartit la contribution fédérale totale en espèces accordée à chaque province entre les trois programmes établis en fonction du prorata national pour l'année de base 1975-1976, 17,4 p. 100 étant alloué pour le programme de soins médicaux.

Les contributions en espèces affectées aux programmes de santé sont considérées comme étant payables en vertu de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques et de la Loi sur les soins médicaux. Ces contributions en espèces doivent être versées par le ministre de la Santé nationale et du Bien-être

1. La province de Québec reçoit un abattement spécial de 8,5 points fiscaux sur le revenu des particuliers non-assujettis à la péréquation pour l'assurance-hospitalisation, les soins médicaux et les études postsecondaires. La valeur de ce transfert fiscal additionnel réduit le montant de la contribution en espèces versée au Québec.

provincial plans continue to meet the program criteria of the federal health insurance legislation respecting such matters as the comprehensiveness of insured services covered, universality of population covered, reasonable access to insured services without impediment by way of user charges or otherwise, portability, adequate standards of care and public administration on a non-profit basis. Under these financial arrangements, provinces now have greater flexibility in the use of their own funds and the federal contributions than that which pertained under direct cost sharing.

Also, under the EPF Act, as of April 1, 1977, the federal government is making additional equal per capita cash contributions to the provinces towards the cost of extended health care services not covered by the Medical Care and Hospital Insurance Programs. These services are: nursing home intermediate care, adult residential care, converted mental hospitals, home care (health aspects), and ambulatory health care services. The extended health care services contribution is estimated at $33.72 per capita or $830,695,000 overall for 1982-83, and is subject to yearly escalation in the same manner as the basic cash contributions. The only condition of payment of the extended health care services program is that the provinces furnish to the Minister of National Health and Welfare such information as is reasonably required by Canada to carry out its international obligations, for the planning and achieving of national standards, and for mutually useful exchanges of information between Canada and the provinces in relation to health care.

Program Changes and Developments

Following the findings and recommendations of Mr. Justice Hall in his 1980 report "Canada's National-Provincial Health Program for the 1980's" and those of the all-party federal Parliamentary Task Force on Federal-Provincial Fiscal Arrangements which reported in August 1981, the federal government prepared a series of proposals on national criteria for insured health care. The Minister of National Health and Welfare presented these proposals at a conference of health ministers in the spring of 1982. The proposals included the suggestion that these criteria be incorporated in new federal health legislation, the "Canada Health Act", which would replace the Hospital Insurance

social qui est chargé par le Parlement de s'assurer que les régimes provinciaux continuent de satisfaire aux critères de la Loi fédérale sur l'assurance-santé concernant des points comme la garantie tous risques des services assurés couverts, l'application universelle de la garantie à tous les résidents assurables, l'accès raisonnable aux services assurés sans qu'il soit entravé par des frais d'utilisation excessifs ou d'autres dispositions, la transférabilité des prestations, des normes suffisantes en matière de soins, et l'administration sans but lucratif assurée par un organisme public. En vertu des nouveaux accords financiers, les provinces jouissent maintenant d'une plus grande souplesse quant à l'utilisation de leurs propres fonds et des contributions fédérales que dans le contexte du partage direct des frais.

De plus, en vertu de la Loi sur le financement des programmes établis, le gouvernement fédéral verse aux provinces, depuis le 1er avril 1977, des contributions supplémentaires en espèces, soit une somme équivalente pour chacune de celles-ci, calculée selon une formule par habitant, afin de les aider à assumer les frais de certains services complémentaires de santé non prévus par les Programmes de soins médicaux et d'assurance-hospitalisation. Il s'agit des services suivants: les soins courants en maison de repos, les soins en établissement pour adultes, les hôpitaux psychiatriques convertis, les soins à domicile (l'aspect santé) et les soins ambulatoires. La contribution relative aux services complémentaires de santé est évaluée à 33,72 $ par habitant, ce qui représente un montant global de 830 695 000$ pour l'année 1982-1983, et elle augmentera annuellement de la même manière que les autres contributions en espèces de base. La seule condition de paiement dans le cadre du programme de services complémentaires de santé est que les provinces fournissent au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social les données dont a besoin le gouvernement du Canada pour s'acquitter de ses obligations internationales, élaborer et appliquer des normes nationales et assurer un échange efficace de renseignements avec les provinces en matière de services de soins.

Changements aux programmes et nouveaux faits

Suite aux conclusions et recommandations du juge Hall, dans son rapport de 1980 intitulé "Le programme de santé national et provincial du Canada pour les années 1980", ainsi qu'à celles du Groupe de travail parlementaire sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces, qui groupait des membres de tous les partis et dont le rapport a été publié en août 1981, le gouvernement fédéral a developpé une série de propositions concernant les normes nationales sur les soins de santé assurés. Au printemps de 1982, le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, présentait ces propositions à ses homologues provinciaux dans le cadre d'une conférence fédérale-provinciale

and Diagnostic Services Act and the Medical Care Act in governing future federal contributions to provinces for health insurance programs. The federal government's objective in putting forward these proposals was to preserve, clarify and consolidate the existing standards, and to enlist the provinces' cooperation towards a common goal - the protection of programs which enable all Canadian citizens to have available the best possible level of health care without impediment by way of extra charges. The new "Canada Health Act" would clarify and define conditions under which the Parliament of Canada may provide transfer payments to provinces for health insurance programs.

des ministres de la Santé. À même ces propositions se retrouvait la suggestion que les normes soient regroupées dans une nouvelle loi fédérale sur la santé, appelée "Loi sur la santé au Canada", qui remplacerait la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques et la Loi sur les soins médicaux et régirait les contributions fédérales futures versées aux provinces pour les programmes d'assurance-santé. En présentant ces propositions, le gouvernement fédéral voulait préserver, clarifier et confirmer les normes actuelles tout en s'assurant le concours des provinces envers un but commun: la protection des programmes qui pourront permettre à tous les citoyens canadiens de bénéficier des meilleurs soins de santé possible sans obstacle sous forme de frais additionnels. La nouvelle "Loi sur la santé au Canada" servirait à clarifier et à définir les conditions selon lesquelles le Parlement du Canada pourrait verser des contributions aux provinces pour les programmes de soins de santé.

Selected Changes in Provincial Plans

Surveillance of legislative and regulatory changes in the various provincial plans continued. While there was concern expressed about the effects of extra-billing, premiums, and problems of eligibility and portability, all provinces and territories continued to adhere to the conditions of the Act. The Department of National Health and Welfare continued to follow-up with the provinces concerning all allegations to the contrary which came to its attention.

Changes which occurred in provincial plans during the fiscal year include the following:

- Effective August 1, 1982, Quebec amended its Dental Services Program for Children, creating three separate eligible age groups: children ages 0 to 11, 12, and those aged 13 to 15 inclusively. Coverage varies according to age group. Thus, preventive methods are no longer insured services for children under the age of 12. Preventive services for this age group are now provided in schools, day care centres, immunization clinics, etc.

- Ontario implemented an Assistive Devices Program, effective July 1, 1982. The program pays approximately 75 per cent of the costs of selected equipment and supplies for residents 18 years of age or younger, who are eligible for benefits under the provincial plan.

Certains changements apportés aux régimes provinciaux

La surveillance des modifications apportées aux lois et aux règlements des différents régimes provinciaux s'est poursuivie. Malgré les inquiétudes exprimées au sujet de la surfacturation, des primes et des problèmes d'admissibilité et de transférabilité, toutes les provinces et les territoires ont continué à satisfaire aux exigences de la loi. Le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social a poursuivi sa surveillance auprès des provinces lorsqu'il soupçonnait que ces exigences n'étaient pas respectées.

Les changements apportés aux régimes provinciaux au cours de l'année financière sont les suivants:

- Le 1er août 1982, le Québec apportait certains changements à son Programme de soins dentaires pour enfants. Ainsi, trois groupes d'enfants d'âges distincts sont maintenant couverts sous ce programme: les enfants de 0 à 11 ans, ceux de 12 ans et ceux de 13 à 15 ans inclusivement. Les bénéfices varient d'un groupe à l'autre. Les services de prévention ne sont plus fournis aux enfants de moins de 12 ans, mais tombent maintenant sous la responsabilité des écoles, des garderies, des cliniques d'immunisation, etc.

- Le 1er juillet 1982, l'Ontario créait un programme d'aide pour l'achat d'appareils orthopédiques. Le programme défraie 75 p. 100 des coûts de certains équipements et fournitures pour ses résidents âgés de 18 ans ou plus qui ont droit aux bénéfices assurés en vertu du plan d'assurance-santé de la province.

- Effective July 1, 1982, Manitoba implemented an Eye Glasses Program. All residents of the province aged 65 or over who are registered with the provincial health insurance plan are eligible for benefits under this program. The program pays 80 per cent in excess of a $50.00 deductible towards approved maximum amounts, for prescribed eyeglasses, including dispensing fees, lenses, standard frames and for contact lenses if medically required.

- Effective April 1, 1982, premiums for the Medical Services Plan of British Columbia were raised from $11.50 to $15.00 per month for a single person, from $23.00 to $28.00 for a couple and from $28.75 to $32.00 for families of three or more.

- Increases in the schedule of payments for medical practitioners were implemented in all provinces.

The Appendix contains a tabular summary of provincial medical care and hospital insurance plans, as of January 1, 1983. It should be noted, however, that this information is subject to change. Detailed descriptions of each provincial medical care insurance plan may be obtained from the Director, Coordination and Communications, Health Insurance Directorate, Health Services and Promotion Branch, Department of National Health and Welfare, Ottawa, Ontario, K1A 1B4.

Medical Care Program - Administration

The purpose of the Medical Care Act is to ensure that all residents of Canada can have access to necessary medical care on a pre-paid basis by authorizing the federal government to provide financial assistance to the provinces. To do this effectively, the program has been organized on the basis of three interrelated activities:

1. administration of the Medical Care Act;

2. provision of advisory services to the provinces on various aspects of the provincial medical care insurance plans;

3. conducting studies, and providing technical and professional consultative services to the provinces and other appropriate bodies on the planning, delivery and utilization of medical services.

- Le 1er juillet 1982, le Manitoba introduisait un programme d'aide à l'achat de lunettes et de verres de contact. Tous les résidents de la province âgés de 65 ans et plus qui sont couverts par le plan de santé de la province ont droit aux bénéfices de ce programme. Le programme couvre 80 p. 100 des coûts excédant les premiers 50 $, jusqu'à concurrence des montants maximaux approuvés, pour les verres sur ordonnance, y compris les frais de préparation, les lentilles, les montures ordinaires, et les verres de contact lorsque ceux-ci sont nécessaires pour des raisons médicales.

- Le 1er avril 1982, la Colombie-Britannique a haussé les primes mensuelles de son régime de services médicaux de 11,50 $ à 15 $ pour une personne seule, de 23 $ à 28 $ pour un couple et de 28,75 $ à 32 $ pour une famille de trois personnes ou plus.

- Une majoration des honoraires des médecins est entrée en vigueur dans toutes les provinces.

L'annexe comprend un tableau récapitulatif des régimes provinciaux de soins médicaux et d'assurance-hospitalisation, au 1er janvier 1983. Il est à noter, toutefois, que ces renseignements sont variables. Il est possible d'obtenir une description détaillée de tous les régimes provinciaux de soins médicaux en s'adressant au Directeur, Coordination et communications, Direction de l'assurance-santé, Direction générale des services et de la promotion de la santé, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Ottawa (Ontario) K1A 1B4.

Programme de soins médicaux - Administration

La Loi sur les soins médicaux a pour objet de garantir à tous les habitants du Canada l'accès aux soins médicaux nécessaires, à paiement anticipé et d'autoriser à cette fin le gouvernement fédéral à fournir aux provinces une aide financière. Pour garantir son efficacité, le programme a été élaboré de façon à couvrir trois domaines d'activités apparentées:

1. l'application de la Loi sur les soins médicaux;

2. la création de services consultatifs, destinés aux provinces, sur les divers aspects des régimes provinciaux de soins médicaux;

3. la conduite d'études et la création de services consultatifs d'ordre technique et professionnel, destinés aux provinces et aux organismes intéressés, dans les domaines de la planification, de la distribution et de l'utilisation des services médicaux.

The Health Services and Promotion Branch is responsible for the administration of the Medical Care Act, the Hospital Insurance and Diagnostic Services Act, and the program for Extended Health Care Services. Other responsibilities of the Branch include conducting studies and providing advice on health care services and related matters, administration of the National Health Research and Development Program, the development of health standards and guidelines, and health promotion activities.

The Health Insurance Supplementary Fund, which is also administered by the Health Services and Promotion Branch, provides for the payment of claims for the insured services of the Medical Care and the Hospital Insurance and Diagnostic Services Acts for residents of Canada who have been unable to obtain coverage or have lost coverage through no fault of their own. During 1982-83, payment amounted to $10,788.46. After replenishment of the Fund by the provinces, and the government of Canada, the closing balance, as of March 31, 1983, was $45,442.24.

Selected Activities

The federal-provincial Advisory Committee on Institutional and Medical Services met twice during the year. The specific functions of this Committee, which consists of senior provincial health insurance plan officials, as well as representatives of the federal government, are to:

1. Consider specific issues delegated by the Conference of Deputy Ministers of Health, or accepted by a significant number of the provinces as matters where a general consensus of informed opinion would be helpful, and make recommendations where appropriate.

2. Promote federal/provincial coordination of medical and institutional needs of Canadians on a provincial, national and international level.

3. Exchange information, or arrange for the exchange of information, which is of interest to a significant number of members of the Advisory Committee.

4. Serve as a forum that will offer a means of contact between the federal and provincial governments and national health organizations.

La Direction générale des services et de la promotion de la santé est chargée de surveiller l'application de la Loi sur les soins médicaux, de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques, du Programme des services complémentaires de santé. Elle entreprend des études, fournit des services de consultation dans le domaine des soins et services de santé et d'autres sujets connexes, gère le Programme national de recherche et de développement en matière de santé, et voit à la création de normes et de lignes de conduite dans le domaine de la santé, et à l'organisation des activités de promotion de la santé.

La Caisse supplémentaire d'assurance-santé, aussi gérée par la Direction générale des services et de la promotion de la santé, prévoit le paiement d'indemnités, pour les services assurés en vertu de la Loi sur les soins médicaux et de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques, aux habitants du Canada qui n'ont pu obtenir la protection ou ont perdu leur droit à celle-ci sans que ce soit de leur faute. Au cours de l'année 1982-1983 les versements se sont élevés à 10 788,46 $. Les provinces et le gouvernement du Canada, ayant renfloué la Caisse, le solde au 31 mars 1983 était de 45 442,24 $.

Activités d'intérêt

Le Comité consultatif fédéral-provincial des services médicaux et des services en établissement s'est réuni deux fois cette année. Formé des dirigeants provinciaux des régimes d'assurance-santé ainsi que des représentants du gouvernement fédéral, ce Comité avait le mandat suivant:

1. Examiner les questions particulières confiées au Comité consultatif par la Conférence des sous-ministres de la Santé, ou considérées par un nombre suffisant de provinces comme nécessitant une unanimité d'opinion bien informée, et faire les recommandations qui s'imposent.

2. Promouvoir la coordination au niveau fédéral et provincial des besoins en soins et en établissement des Canadiens, à l'échelon provincial, national et international.

3. Échanger des renseignements, ou veiller à ce que l'on échange des renseignements qui intéressent un nombre suffisant de membres du Comité consultatif.

4. Servir de point de rencontre entre le gouvernement fédéral, les gouvernements provinciaux et les organismes nationaux de santé.

Items of particular interest discussed at these meetings include:

- the standard out-patient rates for insured services provided in other provinces;
- reciprocal billing arrangements between provinces for in-patient and out-patient services as well as arrangements for medical services;
- the development of a standardized management information system for hospitals;
- clarification of the Federal-Provincial Agreement on Eligibility and Portability;
- budget allocation of the Canadian Standards Association Health Care Technology Program;
- calculation of the per diem rate for hospitals;
- payment schedule comparisons between provinces;
- the development of a computerized health facilities planning system;
- staffing methodologies project for Canadian hospitals;
- the Report on National Health Strategies;
- recommendations of the Ad Hoc Committee on Health Information Review;
- a proposal for the development of architectural design guidelines for facilities providing care for the elderly;
- workload measurement systems (radiology and laboratory);
- psychotherapy and counselling services;
- tariff negotiations with the medical profession.

The Department continued to provide data on physician's earnings and expenses of practice to provincial medical care insurance plans and provincial medical associations during the year. Similar studies of other categories of health professionals were also continued at the request of the provinces. In-depth comparative

Parmi les questions soulevées pendant ces réunions, mentionnons:

- les tarifs des services assurés des consultations externes fournies dans d'autres provinces;
- les accords entre les provinces concernant la facturation réciproque des services aux malades hospitalisés et des services de consultation externe ainsi que les services médicaux;
- la création d'un système normalisé d'information de gestion pour les hôpitaux;
- la clarification de l'accord fédéral-provincial concernant l'admissibilité et la transférabilité;
- l'affectation du budget du Programme de technologie sanitaire de l'Association canadienne de normalisation;
- le calcul du tarif de per diem établi dans les hôpitaux;
- la comparaison des barèmes de paiement entre les provinces;
- le développement d'un système informatisé de planification des établissements de santé;
- le projet de méthodologie de dotation pour les hôpitaux canadiens;
- le Rapport sur l'élaboration d'une stratégie nationale de santé;
- les recommandations du Comité spécial sur la revue de l'information sanitaire;
- une proposition concernant l'élaboration de lignes directrices architecturales pour les établissements de soins pour personnes âgées;
- les systèmes de mesure du volume de travail (radiologie et laboratoire);
- les services de psychothérapie et de counseling;
- les négociations avec les membres du corps médical au sujet des barèmes de paiement.

Au cours de l'année, le Ministère a continué de fournir des données sur les gains et les dépenses des médecins aux administrateurs des régimes provinciaux de soins médicaux et aux associations médicales provinciales. À la demande des provinces, des études analogues sur d'autres catégories de spécialistes de la santé

analyses of utilization and cost experience of the provincial medical care insurance plans were also undertaken.

Information and views continued to be exchanged with provincial officials, representatives of professional associations, academics, and representatives of foreign governments interested in Canada's national health insurance programs. Ongoing national and international interest in these programs was reflected in the many requests for information received by the Department.

Financial Experience

During the fiscal year 1982-83, federal payments made with respect to the Medical Care Program under Section 26 of the Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Established Programs Financing Act, 1977 to the provinces totalled $828,518,000.

Payments by Canada to the provinces for the fiscal years 1978-79 to 1982-83 are detailed in Table 1. These represent payments under Section 26 of the Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Established Programs Financing Act, 1977, and include compensation for the termination of the 1972 Revenue Guarantee Program. Table 2 details advance payments for these years made in these years, but excludes Revenue Guarantee Compensation payments. Table 3 deals with contributions by Canada to the provinces; these data also exclude the Revenue Guarantee Compensation payments. These consisted of a combination of tax room transfers to the provinces and cash, as explained under the "Description of Financing Arrangements" section of this report.

ont également été poursuivies. On a également procédé à des analyses comparatives approfondies sur l'utilisation et le coût des régimes provinciaux de soins médicaux.

Des échanges de renseignements et de points de vue se sont poursuivis avec les hauts fonctionnaires provinciaux, les universitaires et les représentants d'associations professionnelles et de gouvernements étrangers qui s'intéressent aux programmes nationaux d'assurance-santé au Canada. L'intérêt que suscitent les programmes canadiens à l'échelle nationale et internationale continue de se manifester par le nombre élevé de demandes de renseignements adressées au Ministère.

Rapport financier

Au cours de l'année financière 1982-1983, les versements fédéraux aux provinces, en vertu de l'Article 26 de la Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis, se sont chiffrés à environ 828 518 000 $.

Les versements du Canada aux provinces pour les années financières de 1978-1979 à 1982-1983 sont indiqués au Tableau 1. Ces chiffres représentent les versements faits en vertu de l'Article 26 de la Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis, et comprennent, le cas échéant, les indemnités versées en raison de la terminaison du Programme de revenus garantis de 1972. Le Tableau 2 indique les versements anticipés pour ces années financières, mais ne comprend pas les indemnités relatives au Programme de revenus garantis. Le Tableau 3 porte sur les contributions du Canada aux provinces mais ces données ne comprennent pas non plus les indemnités du Programme de revenus garantis. Ces contributions étaient faites sous la forme de transferts de champs d'imposition aux provinces et de versements en espèces, comme l'explique la rubrique "Description des accords de financement" du présent rapport.

Table 1
Medical Care Program
Payments by Canada to Provinces
in Fiscal Years 1978-79 to 1982-83

Tableau 1
Programme de soins médicaux
Versements du Canada aux provinces pour les années financières
1978-1979 à 1982-1983

	1978-79	1979-80	1980-81	1981-82	1982-83[2]
Newfoundland/Terre-Neuve	$ 19,052,000	$ 22,560,000	$ 24,401,000	$ 25,626,000	$ 21,337,000
Prince Edward Island/Île-du-Prince-Édouard	3,917,000	4,909,000	5,194,000	5,437,000	4,801,000
Nova Scotia/Nouvelle-Écosse	28,665,000	33,409,000	36,324,000	37,489,000	33,673,000
New Brunswick/Nouveau-Brunswick	23,100,000	28,005,000	29,738,000	31,082,000	27,035,000
Quebec/Québec	166,626,000[3]	175,114,000[3]	170,823,000[3]	178,692,000[3]	151,868,000[3]
Ontario	276,887,000	315,750,000	337,230,000	359,385,000	329,174,000
Manitoba	35,149,000	41,357,000	44,661,000	45,075,000	41,526,000
Saskatchewan	31,867,000	38,379,000	40,954,000	42,898,000	41,662,000
Alberta	56,494,000	63,028,000	69,562,000	81,542,000	77,372,000
British Columbia/Colombie-Britannique	73,635,000	92,223,000	98,230,000	97,910,000	96,994,000
Yukon Territory/Territoire du Yukon	576,000	688,000	741,000	846,000	836,000
Northwest Territories/Territoires du Nord-Ouest	1,576,000	1,613,000	1,749,000	1,710,000	2,240,000
Canada	$717,544,000	$817,035,000	$859,607,000	$907,692,000	$828,518,000
Consisting of:/Comprenant:					
a) Advance payments on estimated contributions for the current fiscal year;/les versements anticipés sur les contributions pour l'année financière en cours; and/et	$707,145,000	$814,520,000	$892,034,000	$943,995,000	$919,601,000
b) Adjustment to payments with respect to the previous fiscal years/Redressement aux paiements pour les années financières précédentes	10,399,000	2,515,000	(32,427,000)	(36,303,000)	(91,083,000)
Total Payments/Sommes globales	$717,544,000	$817,035,000	$859,607,000	$907,692,000	$828,518,000

2. These contributions no longer include Revenue Guarantee Compensation payments as this program ended on April 1, 1982./Ces données ne comprennent plus les indemnités versées en raison de la terminaison du Programme de revenus garantis puisque le programme prit fin le 1er avril 1982.

3. The cash payment to Quebec is lower on a per capita basis compared with other provinces. The reason for this is that under Section 7 of the EPF Act, 1977, Quebec receives a special abatement of 8.5 personal income tax points on a fiscal year basis for hospital insurance, medical care and post-secondary education. The value of these points is (1) subtracted from the cash transfer to Quebec before the residual is allocated among the three established programs and (2) added to the tax transfer for the purpose of determining the sum of the cash and tax transfer./Le paiement en espèces par habitant est moins élevé au Québec que dans les autres provinces. S'il en est ainsi, c'est qu'en vertu de l'Article 7 de la Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis, la province de Québec reçoit un abattement spécial de 8,5 points fiscaux sur le revenu des particuliers et calculé selon l'année financière pour l'assurance-hospitalisation, les soins médicaux et les études postsecondaires. La valeur de ces points est (1) soustraite du transfert en espèces accordé à la province de Québec avant que le solde soit réparti entre les trois programmes établis, et (2) ajoutée au transfert d'impôts dans le but d'établir la somme du transfert en espèces et du transfert d'impôts.

Table 2
Medical Care Program
Advance Payments by Canada to Provinces
in Fiscal Years 1978-79 to 1982-83
Excluding compensation for the termination of the 1972
Revenue Guarantee Program

Tableau 2
Programme de soins médicaux
Versements anticipés du Canada aux provinces pour les années financières 1978-1979 à 1982-1983
Excluant la compensation pour la terminaison du Programme de revenu garanti de 1972

	1978-79	1979-80	1980-81	1981-82	1982-83
Newfoundland/Terre-Neuve	$ 16,832,000	$ 19,752,000	$ 21,198,000	$ 24,772,000	$ 25,536,000
Prince Edward Island/Île-du-Prince-Édouard	3,495,000	4,277,000	4,609,000	5,257,000	5,493,000
Nova Scotia/Nouvelle-Écosse	25,742,000	29,547,000	31,694,000	36,244,000	38,145,000
New Brunswick/Nouveau-Brunswick	20,642,000	24,299,000	26,106,000	30,049,000	31,350,000
Quebec/Québec	131,901,000[4]	145,647,000[4]	150,991,000[4]	171,395,000[4]	181,205,000[4]
Ontario	246,639,000	280,527,000	303,416,000	344,839,000	366,818,000
Manitoba	32,311,000	36,122,000	38,458,000	43,598,000	46,334,000
Saskatchewan	28,706,000	33,417,000	36,040,000	41,431,000	45,554,000
Alberta	50,873,000	61,235,000	69,771,000	77,690,000	70,813,000
British Columbia/Colombie-Britannique	66,050,000	78,289,000	86,543,000	98,154,000	105,561,000
Yukon Territory/Territoire du Yukon	556,000	662,000	727,000	787,000	732,000
Northwest Territories/Territoires du Nord-Ouest	1,320,000	1,514,000	1,562,000	1,745,000	2,060,000
Canada	$625,067,000	$715,288,000	$771,115,000	$875,961,000	$919,601,000
Consisting of:/Comprenant:					
a) Advance payments on estimated contributions for the current fiscal year;/les versements anticipés sur les contributions pour l'année financière en cours; and/et	$625,067,000	$715,288,000	$771,115,000	$875,961,000	$919,601,000
b) Adjustment to payments with respect to the previous fiscal years/Redressement aux paiements pour les années financières précédentes[5]	10,399,000	2,515,000	(32,427,000)	(36,303,000)	(91,083,000)
Total Payments/Sommes globales	$635,466,000	$717,803,000	$738,688,000	$839,658,000	$828,518,000

4. The cash payment to Quebec is lower on a per capita basis compared with other provinces. The reason for this is that under Section 7 of the EPF Act, 1977, Quebec receives a special abatement of 8.5 personal income tax points on a fiscal year basis for hospital insurance, medical care and post-secondary education. The value of these points is (1) subtracted from the cash transfer to Quebec before the residual is allocated among the three established programs and (2) added to the tax transfer for the purpose of determining the sum of the cash and tax transfer./Le paiement en espèces par habitant est moins élevé au Québec que dans les autres provinces. S'il en est ainsi, c'est qu'en vertu de l'Article 7 de la Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis, la province de Québec reçoit un abattement spécial de 8,5 points fiscaux sur le revenu des particuliers et calculé selon l'année financière pour l'assurance-hospitalisation, les soins médicaux et les études postsecondaires. La valeur de ces points est (1) soustraite du tranafert en espèces accordé à la province de Québec avant que le solde soit réparti entre les trois programmes établis, et (2) ajoutée au transfert d'impôts dans le but d'établir la somme du transfert en espèces et du transfert d'impôts.

5. Due to the manner in which the Department of Finance reports payment data, it has not been possible to segregate those portions of the adjustment payments involving the Revenue Guarantee. Thus, the data in this row are identical to that contained in Table 1./À cause de la façon dont le ministère des Finances fait rapport sur les paiements, il n'a pas été possible de séparer la portion des paiements de redressement concernant le Revenu garanti. Donc, les données dans cette colonne sont identiques à celles du Tableau 1.

Table 3
Medical Care Program
Contributions by Canada to Provinces
in Fiscal Years 1978-79 to 1982-83[6]

Tableau 3
Programme de soins médicaux
Contributions du Canada aux provinces pour les années financières 1978-1979 à 1982-1983[6]

	1978-79	1979-80	1980-81	1981-82	1982-83
Newfoundland/Terre-Neuve	$ 28,953,000	$ 33,281,000	$ 37,042,000	$ 41,295,000	$ 46,413,000
Prince Edward Island/Île-du-Prince-Édouard	6,096,000	7,206,000	8,042,000	8,912,000	10,018,000
Nova Scotia/Nouvelle-Écosse	43,672,000	49,786,000	55,347,000	61,646,000	69,534,000
New Brunswick/Nouveau-Brunswick	35,448,000	40,943,000	45,543,000	50,659,000	57,059,000
Quebec/Québec	335,523,000	375,206,000	418,236,000	468,353,000	529,018,000
Ontario	443,934,000	502,721,000	561,243,000	627,421,000	711,591,000
Manitoba	54,335,000	60,864,000	67,123,000	74,653,000	84,457,000
Saskatchewan	48,948,000	56,307,000	62,832,000	70,439,000	79,935,000
Alberta	105,780,000	128,352,000	154,095,000	182,478,000	189,285,000
British Columbia/Colombie-Britannique	129,447,000	153,077,000	177,050,000	200,308,000	227,868,000
Yukon Territory/Territoire du Yukon	1,229,000	1,429,000	1,617,000	1,831,000	1,935,000
Northwest Territories/Territoires du Nord-Ouest	2,302,000	2,654,000	2,928,000	3,327,000	3,853,000
CANADA	$1,235,667,000	$1,411,826,000	$1,591,098,000	$1,791,322,000	$2,010,966,000

6. These contributions data exclude compensation for the termination of the 1972 Revenue Guarantee Program, but include cash contributions and tax transfers./Ces données sur les contributions excluent la compensation pour la terminaison du Programme de revenu garanti de 1972, mais incluent les contributions comptant et les transferts d'impôts.

Analysis of Cost Changes[7]

The analysis in this section covers the fiscal years 1974-75 to 1982-83[8].

Unadjusted aggregate and per capita program costs,[9] as reported by the ten provinces, increased from $1,459.2 million, or $64.91 per capita in 1974-75 to $4,379.1 million, or $176.56 per capita in 1982-83. For the fiscal years to 1976-77 inclusive the program costs reported by the provinces were the basis for calculating the federal contributions under the Medical Care Act (Canada). Under the financing arrangements in effect since then, the federal contributions are no longer based upon reported program costs. Although provinces continue to report in the autumn of each year on their program costs for the preceding fiscal year, recent data for some of the provinces are subject to the distorting effects of various administrative and organizational changes.

The dollar figures and percentage changes shown in Table 4 are based upon program costs that were adjusted to improve their year-to-year comparability. The adjustments consist of an increase in the 1974-75 program costs for Ontario and the four western provinces to offset a temporary transfer of the costs of certain laboratory and radiology services from the provincial medical care insurance programs to the hospital insurance programs, and adjustments of program costs in certain provinces where the figures reported for recent years are no longer fully comparable with those for earlier years. The counts of insured persons, used to calculate per capita rates, were adjusted in the light of the most recent Statistics Canada estimates of the net population[10].

7. Excludes Yukon and Northwest Territories.

8. Years ending March 31.

9. Program costs consist of the sum of provincial expenditures for services insured under the terms of the Medical Care Act (Canada); they exclude costs of administration. All provinces report program costs on a date-of-payment basis. Consequently, some of the expenditure figures analyzed here may be subject to the effects of changes in the delay between the date of service and the date of payment.

10. The net population consists of the total population, minus members of the Armed Forces and the R.C.M.P., and minus inmates of federal penitentiaries. In 1982-83 the number of excluded persons was about 108 000 or 0.43 per cent of the total population.

Analyse des variations dans les coûts[7]

Dans cette partie, l'analyse se rapporte aux années financières 1974-1975 à 1982-1983[8].

Les coûts globaux et par habitant[9] déclarés par les dix provinces sont passés de 1459,2 millions de dollars, ou 64,91 $ par habitant, en 1974-1975, à 4379,1 millions de dollars ou 176,56 $ par habitant, en 1982-1983. Jusqu'en 1976-1977 inclusivement, les coûts déclarés par les provinces ont servi de base pour calculer le montant des contributions fédérales en vertu de la Loi sur les soins médicaux (Canada). Toutefois, par suite des accords fiscaux en vigueur depuis lors, les contributions fédérales ne sont plus établies en fonction des coûts déclarés. Bien que, chaque automne, les provinces fassent connaître leurs coûts pour l'année financière précédente, les données récentes de certaines provinces subissaient un effet de distorsion en raison de changements d'ordre administratif ou structurel.

Les montants en dollars et les variations en pourcentage qui figurent au Tableau 4 sont fondés sur des coûts qui ont été rajustés pour faciliter la comparaison d'une année à l'autre. Pour procéder à ces rajustements, on a augmenté les coûts pour l'Ontario et les quatre provinces de l'Ouest pour 1974-1975, de façon à compenser le transfert provisoire des coûts de certains services de laboratoire et de radiologie du régime provincial de soins médicaux au régime d'assurance-hospitalisation et l'on a rajusté les coûts dans certaines provinces où les chiffres déclarés pour les dernières années ne sont plus entièrement comparables à ceux des années antérieures. Le total des personnes assurées, utilisé pour calculer le taux par habitant, a été rajusté en fonction des estimations les plus récentes de Statistique Canada de la population nette[10].

7. Le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest exclus.

8. Années finissant le 31 mars.

9. Représente la somme des dépenses engagées par les provinces pour les services assurés en vertu de la Loi sur les soins médicaux (Canada), à l'exclusion des frais d'administration. Toutes les provinces déclarent leurs frais de programmes en fonction de la date des paiements. Par conséquent, les chiffres analysés ici peuvent être sujets aux effets des changements dans le délai entre la date de service et la date de paiement.

10. La population nette est la population totale à l'exclusion des membres des forces armées, de la GRC et des détenus dans les pénitenciers fédéraux. En 1982-1983, le nombre de personnes exclues s'élevait à 108 000 ou 0,43 p. 100 de la population totale.

Table 4/Tableau 4
Adjusted Aggregate and Per Capita Program Costs, and Average Annual Rates of Change[11]/
Coûts globaux et par habitant rajustés et taux annuels moyens de variation[11]

	1974-75		1981-82		1982-83
Aggregate Program Costs ($ Millions)/ Coûts globaux (millions $)	1,586.0		3,659.7		4,392.5
Per Cent Change Per Year (%)/ Pourcentage de variation par année (%)		12.7		20.0	
Per Capita Program Costs ($)/ Coûts par habitant ($)	71.03		150.82		178.96
Per Cent Change Per Year (%)/ Pourcentage de variation par année (%)		11.4		18.7	

Over the entire period from 1974-75 to 1982-83, adjusted aggregate program costs increased by 177.0 per cent, or 13.6 per cent per year. In per capita terms the increases were 151.9 per cent overall, and 12.2 per cent per year.

Total Medical Care Program costs consist of fee payments to physicians, non-fee payments to physicians, and the costs of certain dental services performed in hospitals. In the years 1974-75 to 1982-83, non-fee payments to physicians and the costs of insured dental services, taken together, accounted for 5.9 per cent to 6.7 per cent of total program costs.

Table 5 refers only to fee payments to physicians. The further details provided in the following paragraphs and tables are confined to such payments.

Pendant toute la période allant de 1974-1975 à 1982-1983, les coûts globaux (rajustés) ont augmenté de 177,0 p. 100, ou 13,6 p. 100 par année. Pour ce qui est de l'augmentation des coûts par habitant, elle a été de 151,9 p. 100 globalement, soit 12,2 p. 100 par année.

Le coût total du programme de soins médicaux comprend les paiements aux médecins rémunérés à l'acte, les paiements aux médecins non rémunérés à l'acte et les frais de certains services dentaires offerts dans les hôpitaux. Pour la période de 1974-1975 à 1982-1983, la somme des paiements aux médecins non rémunérés à l'acte et des frais des services dentaires représentait de 5,9 à 6,7 p. 100 des coûts globaux.

Le Tableau 5 ne porte que sur les paiements aux médecins rémunérés à l'acte. Toutes les autres données fournies dans les paragraphes et tableaux suivants ne se rapportent qu'à ces paiements.

11. Average annual rates of change are calculated by means of the compound interest method.

11. Les taux annuels moyens de variation ont été établis au moyen de la méthode des intérêts composés.

Table 5/Tableau 5
Adjusted Aggregate and Per Capita Fee Payments to Physicians, and Average Annual Rates of Change[12]
Montants rajustés des versements aux médecins rémunérés à l'acte (globaux et par habitant) et taux annuels moyens de variation[12]

	1974-75		1981-82		1982-83
Aggregate Fee Payments ($ Millions)/ Ensemble des paiements à l'acte (millions $)	1,492.5		3,424.0		4,096.7
Per Cent Change Per Year (%)/ Pourcentage de variation par année (%)		12.6		19.6	
Per Capita Fee Payments ($)/ Paiements à l'acte par habitant ($)	66.84		141.10		166.91
Per Cent Change Per Year (%)/ Pourcentage de variation par année (%)		11.3		18.3	

Table 6 contains information, for selected periods, about some of the factors that tend to contribute to changes in fee-for-service program costs. Such factors as population, the number of physicians and price are measured directly. Other factors, e.g. per capita fee payments and utilization, are derived from the measured ones. The data on changes in program costs are supplemented by information on changes in the Gross National Product (GNP) and in the Consumer Price Index (CPI).

Le Tableau 6 contient des données, pour des périodes choisies, au sujet de certains des facteurs qui peuvent entraîner des changements dans les coûts des programmes de rémunération à l'acte. Des facteurs comme la population, le nombre de médecins et les prix sont mesurés directement. D'autres facteurs, par exemple les paiements à l'acte par habitant ainsi que l'utilisation sont calculés à partir des facteurs mesurés. Les données relatives aux variations dans les coûts des programmes sont complétées par des données sur les variations du Produit national brut (PNB) et de l'Indice des prix à la consommation (IPC).

12. Average annual rates of change are calculated by means of the compound interest method.

12. Les taux annuels moyens de variation ont été établis au moyen de la méthode des intérêts composés.

Table 6/Tableau 6
Average Annual Rates of Change of Selected Factors Contributing to Changes in Fee Payments/
Taux annuels de variation de certains facteurs contribuant aux variations des paiements versés aux médecins rémunérés à l'acte

	Per Cent Change Per Year/ Variation annuelle en pourcentage		
	1974-75 to/à 1981-82	1981-82 to/à 1982-83	1974-75 to/à 1982-83
Aggregate Fee Payments to Physicians/ Ensemble des paiements à l'acte aux médecins rémunérés	12.6	19.6	13.5
Insured Population/Population assurée	1.2	1.1	1.2
Per Capita Fee Payments/Paiements à l'acte par habitant	11.3	18.3	12.1
Number of Physicians/Nombre de médecins	3.1	3.2	3.1
Fee Payments per Physicians/Paiement à l'acte par médecin	9.2	16.0	10.0
Per Capita Number of Physicians/Nombre de médecins par habitant	1.9	2.0	1.9
Price/Prix	7.9	12.5	8.5
Utilization/Utilisation	4.3	6.4	4.6
Per Capita Utilization/Utilisation par habitant	3.1	5.2	3.4
Utilization per Physician/Utilisation par médecin	1.2	3.1	1.4
Gross National Product/Produit national brut[13]	12.7	5.4	11.7
Consumer Price Index/Indice des prix à la consommation[13]	9.6	10.8	9.7

The physician-supply factor shows changes in the number of full-time equivalent physicians[14]. The price factor measures changes in the fee-for-service payment schedules of provincial medical care insurance plans. It does not measure changes in the average cost of services which may result from changes in patterns of practice or in the billing habits of physicians. The utilization factor is a residual - it is obtained by removing the effects of price changes from increases in fee payments - and is not measured independently, i.e. it is not determined by counting changes in the number of services provided by physicians. It may not only reflect changes in the volume of services, but also include the price-effect of changes in

Le facteur "effectif de médecins" montre les changements sur le plan du nombre de médecins équivalents plein temps[14]. Le facteur "prix" mesure les changements dans les barèmes de rémunération à l'acte des régimes provinciaux d'assurance-maladie, mais non les variations dans le coût moyen des services qui peuvent être imputables aux changements de mode d'exercice ou de facturation des médecins. Le facteur "utilisation" est un résidu et n'est pas mesuré de manière indépendante, c'est-à-dire qu'on ne l'obtient pas en comptant les changements dans le nombre de services fournis par les médecins. En conséquence, ce facteur rend peut-être non seulement compte du changement dans le volume des services, mais encore des répercussions que

13. The percentages shown for GNP and CPI are based upon calendar year figures, i.e. they reflect changes from 1974 to 1981, etc.

14. The number of full-time equivalent physicians is not an actual count, but is a derived figure that takes into account the costs of services performed by physicians in full-time and part-time fee practice.

13. Les pourcentages indiqués pour le PNB et l'IPC ont été calculés à partir des chiffres des années civiles, c'est-à-dire qu'ils reflètent les changements survenus entre 1974 et 1981, etc.

14. Le nombre de médecins équivalents plein temps ne constitue pas un chiffre réel; il s'agit d'un chiffre calculé qui tient compte du coût des services rendus par des médecins exerçant à plein temps ou à temps partiel.

patterns of practice and billing habits of physicians. Per capita utilization, i.e. the estimated volume of fee services per insured person, is believed to grow or decline as a result of changes in: the age-sex and urban-rural distribution of the insured population; people's expectations; technology; and the per capita supply of physicians.

peuvent avoir les changements dans le mode d'exercice ou de facturation des médecins sur les prix des services. L'utilisation par habitant, c'est-à-dire le volume estimatif, par personne assurée, des services fournis par les médecins rémunérés à l'acte peut s'accroître ou diminuer par suite de changements dans la répartition selon l'âge et le sexe, ainsi que dans la distribution urbaine-rurale de la population assurée, les attentes de la population, les progrès technologiques et les changements dans l'effectif de médecins par habitant.

As shown in Table 6, increases from 1981-82 to 1982-83 in aggregate and per capita fee payments and in fee payments per physician were greater than those during the period from 1974-75 to 1981-82. This was largely a reflection of above-average increases in prices and in utilization. The relatively large increases in utilization from 1981-82 to 1982-83 were preceded by below-average increases from 1980-81 to 1981-82.

Comme l'indique le Tableau 6, l'augmentation des prix entre 1981-1982 et 1982-1983 sur les paiements globaux et par habitant ainsi que sur les paiements à l'acte par médecin était supérieure à celle qu'on avait connue entre 1974-1975 et 1981-1982. Cette situation était en majeure partie le reflet d'augmentations supérieures à la moyenne dans les prix et l'utilisation. Les augmentations relativement élevées de l'utilisation entre 1981-1982 et 1982-1983 étaient précédées d'augmentations inférieures à la moyenne pendant la période de 1980-1981 à 1981-1982.

Over the entire period from 1974-75 to 1982-83, aggregate fee payments grew at a higher rate than did the GNP. Increases in fee payments per physician were slightly larger than changes in the CPI.

Pendant toute la période de 1974-1975 à 1982-1983, l'ensemble des paiements à l'acte a augmenté à un rythme plus élevé que le PNB, tandis que les augmentations dans les paiements à l'acte par médecin ont été légèrement supérieures aux variations de l'IPC.

Price and cost changes in one province were well below the Canadian average, in the last year as well as during the entire period from 1974-75 to 1982-83. Excluding this province, the average annual percentage changes in the remaining nine provinces were as follows:

Dans une province en particulier, les variations de prix et de coûts étaient bien inférieures à la moyenne canadienne au cours de la dernière année ainsi que pendant toute la période de 1974-1975 à 1982-1983. Voici comment s'établissaient les variations annuelles moyennes en pourcentage dans les neuf autres provinces:

	1981-82 to/à 1982-83	1974-75 to/à 1982-83
Price/Prix	13.6	9.5
Aggregate Fee Payments to Physicians/ Ensemble des paiements à l'acte des médecins	21.3	14.7
Fee Payments per Physician/ Paiements à l'acte aux médecins	17.0	11.3

In Table 7, the data from Table 6 are expressed in dollar terms and in corresponding percentage distributions. In attributing dollar effects to changes in the insured population and to changes in physician supply, it is assumed that each additional insured person or physician tends to generate the same fee payments per person or per physician as were generated on the averge by those already insured or practising in the base period.

Dans le Tableau 7, les données présentées au Tableau 6 sont exprimées en termes monétaires, et l'on a également ajouté les pourcentages correspondants. En attribuant des effets monétaires aux changements dans la population assurée et aux changements dans l'effectif des médecins, on suppose que chaque personne assurée additionnelle ou chaque médecin additionnel entraîne des paiements par personne ou par médecin équivalents à ceux qui sont occasionnés en moyenne par les personnes qui étaient déjà assurées ou les médecins qui exerçaient déjà au cours de la période de base.

Table 7/Tableau 7
Extent to which Selected Factors Contributed to Increases in Aggregate Fee Payments to Physicians/
Contribution de certains facteurs choisis à l'accroissement des versements totaux aux médecins rémunérés à l'acte

	Annual Average/Moyenne annuelle					
	1974-75 to/à 1981-82		1981-82 to/à 1982-83		1974-75 to/à 1982-83	
	($ Million)	(%)	($ Million)	(%)	($ Million)	(%)
Increases in Aggregate Fee Payments to Physicians/ Augmentation de l'ensemble des paiements à l'acte aux médecins	275.9	100.0	672.7	100.0	325.5	100.0
Attributable to Changes in:/ Attribuable aux changements dans les facteurs suivants:						
Insured Population/ Population assurée	27.2	9.9	41.9	6.2	30.0	9.2
Per Capita Fee Payments/ Paiements à l'acte par habitant	248.7	90.1	630.8	93.8	295.5	90.8
Number of Physicians/ Nombre de médecins	71.2	25.8	117.7	17.5	79.2	24.3
Fee Payments per Physician/ Paiements à l'acte par médecin	204.7	74.2	555.0	82.5	246.4	75.7
Per Capita Number of Physicians/ Nombre de médecins par habitant	44.0	15.9	75.8	11.3	49.2	15.1
Price/Prix	176.8	64.1	439.3	65.3	209.4	64.3
Utilization/Utilisation	99.1	35.9	233.4	34.7	116.2	35.7
Per Capita Utilization/Utilisation par habitant	71.9	26.1	191.5	28.5	86.2	26.5
Utilization per Physician/Utilisation par médecin	27.9	10.1	115.7	17.2	37.0	11.4

During the eight-year period from 1974-75 to 1982-83 aggregate fee payments to physicians rose by $2,604.3 million or $325.5 million per year. Of the total increase of $2,604.3 million, 9.2 per cent, or $239.9 million, was accounted for by population growth, and a further 64.3 per cent, or $1,675.0 million, was the result of price changes. The remaining 26.5 per cent, or $689.4 million, was the result of changes in the utilization per insured person. As mentioned before, the utilization factor may not consist entirely of volume changes, but may include the price effects of changes in the patterns of practice and in billing habits of physicians.

Increases in the utilization per insured person are believed to be strongly influenced by increases in the per capita supply of physicians. Assuming a direct relationship between the two just-mentioned ratios, i.e. per capita utilization and the per capita supply of physicians, the data in Table 7 show that changes in the per capita supply of physicians accounted

Au cours des huit années qui se sont écoulées entre 1974-1975 et 1982-1983, l'ensemble des paiements à l'acte aux médecins a augmenté de 2604,3 millions de dollars ou 325,5 millions de dollars par année. De cette augmentation totale de 2604,3 millions de dollars, 9,2 p. 100 ou 239,9 millions de dollars sont attribuables à l'augmentation de la population tandis que 64,3 p. 100 ou 1675,0 millions de dollars étaient imputables aux changements de prix. Le reste, soit 26,5 p. 100 ou 689,4 millions de dollars résultait de changements dans l'utilisation par personne assurée. Comme nous l'avons mentionné, ce dernier chiffre ne représente pas seulement des changements dans le volume, mais peut aussi comprendre l'effet de changements dans les modes d'exercice et de facturation des médecins sur les prix.

On croit que l'augmentation de l'utilisation par personne assurée est fortement influencée par l'augmentation du nombre de médecins par habitant. Si l'on suppose qu'il existe une relation directe entre ces deux facteurs, c'est-à-dire l'utilisation par habitant et le nombre de médecins par habitant, les données présentées dans le Tableau 7 indiquent que les

for 15.1 per cent, or $393.3 million, of the total increase in fee payments from 1974-75 to 1982-83 while changes in the utilization per physician accounted for 11.4 per cent, or $296.0 million.

Alternatively, the data in Table 7 suggest that changes in the total number of physicians accounted for 24.3 per cent, or $633.2 million, of the increase in fee payments to physicians, and that changes in fee payments per physician accounted for the remaining 75.7 per cent, or about $1,971.0 million.

It was stated earlier that changes in the age-sex composition of the insured population may be one of the factors which influence changes in the utilization per person. Statistics Canada's estimates of the age-sex distribution of the Canadian population (assumed to be representative of changes in the age-sex distribution of the insured population of the ten provincial medical care insurance plans) showed considerable changes from 1974 to 1982. There was a decline in the proportion of people aged "under 20" and "40 to 54" from 37.3 per cent to 31.3 per cent and from 16.5 per cent to 15.8 per cent, respectively. The share of the age group 20 to 39 increased from 29.5 per cent to 34.1 per cent, and the proportion of people aged 55 and over rose from 16.6 per cent to 18.8 per cent. For all age groups combined, there was also a small increase in the proportion of females (the per capita costs of females tend to be about 40 per cent higher than those of males).

From data on the per capita costs, by five-year age group and sex, of the beneficiaries of four provincial medical care insurance plans (Quebec, Ontario, Saskatchewan, Alberta), it is estimated that the changes in the age-sex composition of the population may have been responsible for an increase of about 4.2 per cent in per capita fee payments to physicians from 1974-75 to 1982-83, or a little over .5 per cent per year. In terms of the figures shown in Table 7, this suggests that changes in the age-sex distribution of the insured population raised fee payments by about $106.0 million, or 4.1 per cent of the total increase of $2,604.3 million, from 1974-75 to 1982-83.

Aggregate fee payments to physicians, and the factors which tend to influence the level of fee payments, changed at rates which varied from province to province.

changements dans le nombre de médecins par habitant représentent 15,1 p. 100, ou 393,3 millions de dollars de l'augmentation totale des paiements à l'acte entre 1974-1975 et 1982-1983 alors que les changements dans l'utilisation par médecin représentent 11,4 p. 100 ou 296,0 millions de dollars.

D'autre part, les données du Tableau 7 indiquent que les changements dans le nombre total de médecins représentent 24,3 p. 100, ou 633,2 millions de dollars de l'augmentation des paiements versés aux médecins rémunérés à l'acte et que les changements sur le plan des paiements à l'acte par médecin sont responsables des 75,7 p. 100 restants, soit environ 1971,0 millions de dollars.

Il a été mentionné plus tôt que le changement dans la composition par âge et par sexe de la population assurée peut être l'un des facteurs qui explique les changements dans l'utilisation par personne. Selon les estimations de Statistique Canada, la distribution de la population canadienne (considérée comme représentative des changements intervenus dans la distribution selon l'âge et le sexe de la population assurée par les régimes provinciaux d'assurance-santé) a accusé des changements considérables entre 1974 et 1982. On notait en effet une baisse de la proportion de la population âgée de moins de 20 ans ainsi que de 40 à 54 ans, cette diminution étant de 37,3 à 31,3 p. 100 et de 16,5 à 15,8 p. 100 respectivement. La proportion de la population âgée de 20 à 39 ans est passée de 29,5 à 34,1 p. 100 et celle des personnes âgées de 55 ans et plus a augmenté de 16,6 à 18,8 p. 100. Pour tous les groupes d'âge combinés, on a aussi remarqué une légère hausse de la proportion des femmes (le coût par habitant de sexe féminin est généralement de 40 p. 100 plus élevé que le coût par habitant de sexe masculin).

À partir des données sur les coûts par habitant, par groupe d'âge de cinq ans et par sexe, des bénéficiaires de quatre régimes d'assurance-santé provinciaux (Québec, Ontario, Saskatchewan, Alberta), on a estimé que les changements dans la composition par âge et par sexe de la population peuvent être la cause d'une augmentation d'environ 4,2 p. 100 dans les paiements à l'acte aux médecins par habitant entre 1974-1975 et 1982-1983, soit un peu plus de 0,5 p. 100 par année. Par rapport au chiffre indiqué dans le Tableau 7, cela porte à croire que les changements dans la distribution par âge et par sexe de la population assurée a fait augmenter les paiements à l'acte d'environ 106,0 millions de dollars soit 4,1 p. 100 de l'augmentation totale de 2604,3 millions de dollars entre 1974-1975 et 1982-1983.

L'ensemble des paiements effectués aux médecins rémunérés à l'acte ainsi que les facteurs qui peuvent influer sur le niveau des paiements à l'acte ont changé selon des taux qui varient d'une province à l'autre.

Table 8 shows median, minimum and maximum values in the annual rate of change of selected factors during the period from 1974-75 to 1982-83.

Le Tableau 8 montre les valeurs minimale, maximale et médiane du taux de changement annuel de certains facteurs au cours de la période de 1974-1975 à 1982-1983.

Table 8/Tableau 8
Interprovincial Variations in Average Annual Rates of Change of Selected Factors/
Variations interprovinciales dans les taux de changement annuels moyen de certains facteurs donnés

	Per Cent Change Per Year 1974-75 to 1982-83/ Changement en pourcentage par année 1974-1975 à 1982-1983	
	Medians/ Valeurs médianes	Range/ Variations
Aggregate Fee Payments to Physicians/ Ensemble des paiements à l'acte aux médecins	14.0	9.4 to/à 17.7
Insured Population/Population assurée	.8	.4 to/à 3.7
Per Capita Fee Payments/Paiements à l'acte par habitant	13.1	8.7 to/à 14.7
Number of Physicians/Nombre de médecins	3.0	1.5 to/à 4.9
Fee Payments per Physician/Paiements à l'acte par médecin	10.6	6.0 to/à 13.1
Per Capita Number of Physicians/Nombre de médecins par habitant	1.9	.3 to/à 4.3
Price/Prix	9.3	5.1 to/à 11.2
Utilization/Utilisation	4.3	2.7 to/à 5.8
Per Capita Utilization/Utilisation par habitant	3.4	1.9 to/à 4.0
Utilization per Physician/Utilisation par médecin	1.2	-.3 to/à 2.0

Particular provinces experienced high rates of increase with respect to some of the factors, and low rates of changes with respect to other factors. As a result of all the changes the gap between low and high per capita costs widened from 1974-75 to 1982-83, as follows[15]:

Certaines provinces ont connu de très fortes augmentations des taux pour certains facteurs et des hausses plus faibles en ce qui concerne d'autres facteurs. Par suite de tous les changements, l'écart entre les coûts faibles et élevés par habitant s'est élargi entre 1974-1975 et 1982-1983 de la façon suivante[15]:

15. The figures for Newfoundland are excluded because a high proportion of medical services in the province is provided by non-fee physicians. Consequently, per capita fee costs in the province are unusually low.

15. Les chiffres de Terre-Neuve ont été exclus parce qu'une forte proportion des services médicaux dans cette province sont dispensés par des médecins non rémunérés à l'acte. Par conséquent, les coûts par habitant des services rémunérés à l'acte sont exceptionnellement faibles dans cette province.

- range of per capita fee costs in 1974-75 = $40 to $79 (a difference of just under 100 per cent);

- range of per capita fee costs in 1982-83 = $111 to $237 (a difference of approximately 114 per cent).

- variation des coûts des services rémunérés à l'acte par habitant en 1974-1975 = 40 $ à 79 $ (une différence légèrement inférieure à 100 p. 100);

- variation des coûts des services rémunérés à l'acte par habitant en 1982-1983 = 111 $ à 237 $ (une différence d'environ 114 p. 100).

Source:

Health Information Division
Information Systems Directorate
Policy, Planning and Information Branch
Department of National Health and Welfare
December 1985

Source:

Division de l'information sur la santé
Direction des systèmes d'information
Direction générale de la politique, de la planification et de l'information
Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social
Décembre 1985

THE HOSPITAL INSURANCE AND MEDICAL CARE PROGRAMS

SUMMARY OF PROVINCIAL HEALTH INSURANCE PLANS*:

benefits[a]; premiums: authorized charges[b]

(January 1, 1983)[c]

NEWFOUNDLAND

Medical Care Insurance

Standard benefits (d): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Out-of-province benefits (d):

Within Canada: Services not available in Newfoundland paid at rate of host province. Other services paid at Newfoundland rate.

Outside Canada: Services not available in Newfoundland paid at highest Canadian rate. Services not available in Canada paid at rate applicable in jurisdiction where rendered. Other services paid at Newfoundland rate.

Additional benefits (e): The Department of Health administers: Children's dental health program available to children up to and including 12 years of age and for certain disabilities, e.g. cleft palate, cerebral palsy. There is a $2.00 fee per filling or extraction; cystic fibrosis program; food bank plan pays towards the cost of diets needed to prevent mental retardation arising from metabolic disorders; hearing aid program; optometric benefits; senior citizen's drug subsidy program for residents over 65 in receipt of or eligible for Guaranteed Income Supplement; social assistance drug plan; and vision care for school and pre-school children of families on social assistance or demonstrated inability to pay, and selected adults.

Premium per month: none (Effective April 1, 1983, $5.00 processing fee re: issuance of Medical Care Plan Cards).

*See notes (a) to (k) on pages 49-51.

PROGRAMME D'ASSURANCE-HOSPITALISATION ET PROGRAMME DE SOINS MÉDICAUX

RÉSUMÉ DES RÉGIMES PROVINCIAUX D'ASSURANCE-SANTÉ*:

services assurés[a]; primes: frais autorisés[b]

(Le 1er janvier 1983)[c]

TERRE-NEUVE

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (d): tous les services requis du point de vue médical qui sont dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés hors de la province (d):

Au Canada: services non offerts à Terre-Neuve payés au tarif prévu par la province hôte. Autres services payés au tarif prévu par Terre-Neuve.

Hors du Canada: services non offerts à Terre-Neuve payés au tarif le plus élevé prévu au Canada. Services non offerts au Canada payés au tarif prévu par le secteur de compétence où il est dispensé. Autres services payés au tarif prévu par Terre-Neuve.

Services assurés supplémentaires (e): le ministère de la Santé administre: un programme d'hygiène dentaire disponible pour les enfants jusqu'à l'âge de 12 ans inclusivement et pour certaines infirmités, comme les fissures palatines et la paralysie cérébrale. Il y a des honoraires à l'acte de 2 $ par obturation ou extraction. Programme de fibrose kystique; programme de banque alimentaire pour supporter le coût des régimes nécessaires à la prévention de l'arriération mentale résultant de troubles du métabolisme; services d'optométrie; programme d'aide pour les handicapés auditifs; programme de subvention des médicaments pour les personnes âgées qui sont des résidents de plus de 65 ans et qui reçoivent le Supplément de revenu garanti; programme de médicaments de l'Assistance sociale, et examen de la vue pour les enfants d'âge scolaire et préscolaire issus de familles recevant des prestations d'aide sociale ou reconnues comme étant incapables de payer, de même que pour certains adultes.

Prime mensuelle: aucune (À compter du 1er avril 1983, 5 $ de frais de transformation concernant l'émission des cartes sous le régime des soins médicaux).

*Voir notes (a) à (k) aux pages 49-51.

Hospital Insurance

Standard benefits (f):

In-patient: Standard ward and all approved available services.

Out-patient: Laboratory, radiological, and other diagnostic procedures, including the necessary interpretations; radiotherapy and physiotherapy where available, occupational therapy, where available, out-patient visits, emergency visits, operating room facilities including supplies, plaster casts, drugs and medical and surgical supplies administered in hospital.

Out-of-province benefits (f): Same benefits as provided in the province.

Authorized charges: Standard ward charge of $5.00 per day, up to a maximum of 15 days per admission (including transfer to another hospital in which case cumulative charge limit of $75.00 also applies). Re-admission within 60 days of discharge in connection with the same illness or condition will be limited to the $75.00 maximum charge. Patients aged 65 years and over and patients certified by the Department of Social Services as being unable to pay are exempted from charge. Effective March 1, 1983 hospitals allowed to charge persons who remain in hospital after medical discharge, $20.00/day (awaiting nursing home placement). (Note: See Addendum re current charges.)

Additional benefits: Air and ground emergency ambulance programs pay towards the cost of services. Home care services in some centres.

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (f):

Services dispensés aux malades hospitalisés: les services de la salle et tous les services disponibles qui sont approuvés.

Services de consultation externe: les tests de laboratoire, la radiographie et d'autres services de diagnostic, y compris les analyses nécessaires; la radiothérapie, la physiothérapie et l'ergothérapie si ces services sont disponibles; les visites à l'unité de consultation externe et à l'urgence; l'usage du bloc opératoire y compris l'équipement, les fournitures, les plâtres et les médicaments ainsi que le matériel médical et chirurgical offert par l'hôpital.

Services assurés hors de la province (f): les mêmes services que ceux qui sont assurés dans la province.

Frais autorisés: la somme de 5 $ par jour pour la salle, jusqu'à un maximum de 15 jours par admission (y compris le transfert à un autre hôpital, auquel cas les frais cumulatifs sont également limités à 75 $). En cas de réadmission pour le même état ou la même maladie dans les 60 jours qui suivent le congé, la somme maximale exigée sera de 75 $. Les patients qui sont âgés de 65 ans et plus et ceux qui sont reconnus par le ministère des Services sociaux comme étant incapables de payer sont exemptés de cette somme. Depuis le 1er mars 1983, les hôpitaux peuvent facturer leurs patients après que ceux-ci ont obtenu leur congé du médecin, 20 $/jour (les personnes qui attendent d'être placées dans une maison de santé). (Remarque: voir l'annexe sur les frais en vigueur.)

Services assurés supplémentaires: programme d'ambulances aériennes et programme d'ambulances terrestres pour supporter le coût de ces services; services de soins à domicile dans certains centres.

PRINCE EDWARD ISLAND

Medical Care Insurance

Standard benefits (d): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Out-of-province benefits (d):

Within Canada: Physician services paid at rates authorized by the host province except that referrals for services available in P.E.I. are paid at P.E.I. rate.

Outside Canada: Paid at P.E.I. rate except that referrals for services not available in Canada are paid at rates established by Commission.

Additional benefits (e): Children's dental care program (annual registration fee $4.00 per child, $12.00 maximum per family); no charge out-patient prescription program for persons with diabetes, rheumatic fever, phenylketonuria, cystic fibrosis and social assistance recipients; mental health clients are charged cost + 20%.

Premium per month: none

Hospital Insurance

Standard benefits (f):

In-patient: Standard ward and all approved available services.

Out-patient: Laboratory and radiological procedures as specified, including use of radioactive isotopes; drugs, biologicals and related preparations for emergency diagnosis and treatment; all other services specified as in-patient services.

Out-of-province benefits (f):

Within Canada: Standard ward rate or rate authorized for out-patient services of host province in case of: 1) emergency; 2) referral with approval of Commission for conditions that cannot be treated adequately in P.E.I. Otherwise, daily rates established by Commission based on the average of the two major hospital per diem rates in effect at the time service rendered.

ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (d): tous les services requis du point de vue médical qui sont dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés hors de la province (d):

Au Canada: services de médecin payés au tarif autorisé par la province hôte, sauf que les orientations pour des services offerts par l'Île-du-Prince-Édouard sont payées au tarif prévu par cette province.

Hors du Canada: services payés au tarif prévu par l'Île-du-Prince-Édouard, sauf que les orientations pour services non offerts au Canada sont payées au tarif prévu par la Commission.

Services assurés supplémentaires (e): programme de soins dentaires destinés aux enfants, (frais d'inscription annuels de 4 $ par enfant jusqu'à concurrence de 12 $ par famille); programme de médicaments gratuits pour les consultants externes souffrant de diabète, de rhumatisme articulaire aigu, de phénylcétonurie, de fibrose kystique et les assistés sociaux; les personnes recevant des services psychiatriques doivent débourser le coût de ces services + 20%.

Prime mensuelle: aucune

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (f):

Services dispensés aux malades hospitalisés: les services de la salle et tous les services disponibles qui sont approuvés.

Services de consultation externe: les tests de laboratoire et les services de radiologie tels qu'ils sont précisés, y compris l'utilisation d'isotopes radioactifs; les médicaments, les substances biologiques et les autres préparations connexes à un diagnostic et un traitement d'urgence; tous les autres services qui sont approuvés comme services dispensés aux malades hospitalisés.

Services assurés hors de la province (f):

Au canada: le tarif de la salle ou les frais autorisés par la province hôte pour les services de consultation externe pour: 1) les cas d'urgence; 2) les patients dirigés ailleurs avec l'approbation de la Commission, du fait que leur état ne peut pas être traité de façon adéquate dans l'Île-du-Prince-Édouard. Pour les autres cas, les tarifs quotidiens établis par la Commission d'après la moyenne des per diem en vigueur dans les deux plus grands hôpitaux au moment de la prestation des services.

Outside Canada: In-patient: 1) emergency - up to $100.00 per day towards cost of hospital room charges (standard ward rates) and 75% of balance of cost of insured services; 2) referral with approval of Commission for conditions that cannot be adequately treated in Canada at a rate for in-patient services at the hospital which includes room and board and all medically necessary hospital services. Otherwise, daily rates established by Commission based on the average of the two major hospital per diem rates in effect at time service rendered. (Effective December 1983: a) referral for services available in P.E.I., paid at Commission rate not to exceed highest per diem hospital rate in P.E.I.; b) referral for services not available in P.E.I. but available elsewhere in Canada, paid at Commission rate not to exceed per diem rate at Victoria General Hospital in Halifax, Nova Scotia. Out-patient: 1) Emergency - rate of 75% of approved hospital charges; 2) referral for services not available in Canada, at a rate of 100% of approved hospital charges.)

Hors du Canada: services dispensés aux malades hospitalisés: 1) pour les cas d'urgence - 100 $ par jour pour le tarif d'une chambre d'hôpital (le tarif de la salle) et 75% des coûts restants des services assurés; 2) pour les patients dirigés ailleurs avec l'approbation de la Commission du fait que leur état ne peut pas être traité de façon adéquate au Canada, au tarif des services dispensés aux malades hospitalisés incluant chambre et pension et tous les autres services hospitaliers médicalement nécessaires. Pour les autres cas, les tarifs quotidiens établis par la Commission d'après la moyenne des per diem en vigueur dans les deux plus grands hôpitaux au moment de la prestation des services. (Depuis décembre 1983: a) l'orientation pour des services offerts par l'Île-du-Prince-Édouard, payée au tarif de la Commission n'excédant pas le plus élevé du tarif per diem des hôpitaux dans l'Île-du-Prince-Édouard; b) l'orientation pour des services non offerts par l'Île-du-Prince-Édouard, payée au tarif de la Commission n'excédant pas le tarif per diem de l'hôpital général Victoria à Halifax, Nouvelle-Écosse. Services de consultation externe: 1) pour les cas d'urgence payés au tarif de 75% des frais dans un hôpital approuvé; 2) l'orientation pour des services non offerts au Canada, payée au tarif de 100% des frais dans un hôpital approuvé.)

Authorized charges: none

Frais autorisés: aucuns

Additional benefits: Ambulance subsidization program; home care (health aspects) no fee; complementary visiting homemaker services based on client's ability to pay to a maximum of $7.00 per hour.

Services assurés supplémentaires: Programme pour les ambulances; soins à domicile (soins de santé) gratuits; services complémentaires d'auxiliaires familiales dont le coût varie en fonction des ressources financières du bénéficiaire jusqu'à un maximum de 7 $ l'heure.

NOVA SCOTIA

Medical Care Insurance

Standard benefits (d): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Out-of-province benefits (d): Reimbursement based on tariff established by the Commission for out-of-province services.

Additional benefits (e): Artificial limb program covers cost of provision, replacement and repair; children's dental plan for those born on or after January 1, 1967 and who have not attained their sixteenth birthday, or students registered with the School for the Blind; cleft lip/cleft palate plan; cystic fibrosis drugs; dental services for certain persons (adults and children) suffering from severe mental retardation, when hospitalization is required; diabetes insipidus drugs; optometric benefits; Pharmacare plan for residents 65 years and over includes drugs, diabetic and ostomy supplies; therapeutic drugs for cancer patients provides partial coverage for those with limited incomes.

Premium per month: none

Hospital Insurance

Standard benefits (f):

In-patient: Standard ward and all approved available services.

Out-patient: Broad range of essential services as approved by regulation including: medically necessary laboratory, electroencephalographic and radiological examinations, radiotherapy for malignant and non-malignant conditions, electrocardiograms, physiotherapy facilities where available, various drugs, hospital services including meals for day patient care for diabetes, hemodialysis, ultrasonic diagnostic procedures and interpretations and electrocardiograms and interpretations, as well as specified hospital services when

NOUVELLE-ÉCOSSE

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (d): tous les services requis du point du vue médical qui sont dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés hors de la province (d): remboursement fondé sur le tarif établi par la commission pour les services hors de la province.

Services assurés supplémentaires (e): programme d'achat, de remplacement et de réparation de membres artificiels; Régime d'assurance-dentaire pour enfants nés le 1er janvier 1967 ou après cette date et qui n'ont pas atteint l'âge de 16 ans, ou pour les étudiants inscrits au School for the Blind (École pour aveugles); programme de soins dentaires pour les personnes porteuses d'un bec-de-lièvre ou d'une fissure palatine; programme de médicaments pour les personnes atteintes de fibrose kystique; services dentaires fournis à certaines personnes (adultes et enfants) atteintes d'arriération mentale grave, lorsque l'hospitalisation est requise; programme de médicaments pour les personnes qui souffrent de diabète insipide; services d'optométrie. Le Régime d'assurance-médicaments (Pharmacare) pour les résidents âgés de 65 ans et plus couvre les médicaments, les fournitures pour les diabétiques et les stomisés; et le régime de médicaments pour les personnes atteintes de cancer couvre une partie des frais lorsque le revenu est limité.

Prime mensuelle: aucune

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (f):

Services dispensés aux malades hospitalisés: les services de la salle et tous les services disponibles qui sont approuvés.

Services de consultation externe: un vaste éventail de services essentiels approuvés par règlement, et qui sont requis du point de vue médical y compris: les tests de laboratoire et les examens électro-encéphalographiques et radiologiques; la radiothérapie pour les affections malignes et bénignes, les électrocardiogrammes, les installations de physiothérapie, s'il y en a; divers médicaments, les services hospitaliers, y compris les repas pour diabétiques en traitement de jour, l'hémodialyse, les procédés diagnostiques au moyen des

required for emergency diagnoses and treatment within 48 hours of an accident and specified hospital medical and surgical procedures.

Out-of-province benefits (f):

Within Canada: In-patient for 1) emergencies and 2) with prior approval from plan of a medically necessary referral outside Nova Scotia from a Nova Scotia physician. Payment at the standard ward rate and in accordance with the interprovincial reciprocal billing agreement. Out-patient coverage based on interprovincial rates in accordance with reciprocal billing arrangement.

Outside Canada: Up to $100.00 per day plus 75% of the remainder. Payment is limited to the cost of ward accommodation or where no ward accommodation exists to the lowest semi-private rate available. Out-patient services covered at interprovincial out-patient rate plus 75% of balance, when medically necessary services provided in emergency cases. Reimbursement will be at the prevailing rate for the service in Nova Scotia for non-emergency cases.

Authorized charges: none

Additional benefits: Ambulance subsidy program.

ultrasons et l'analyse des résultats, les électrocardiogrammes et l'analyse des résultats ainsi que les services hospitaliers approuvés lorsqu'ils sont nécessaires pour le diagnostic et le traitement de cas d'urgence dans les 48 heures suivant un accident et les services hospitaliers approuvés qui sont nécessaires à diverses interventions chirurgicales ou médicales d'ordre mineur.

Services assurés hors de la province (f):

Au Canada: les services dispensés aux malades hospitalisés pour: 1) les cas d'urgence; 2) les cas qui sont dirigés vers une autre province pour des raisons médicales par un médecin de la Nouvelle-Écosse et avec l'approbation préalable de la Commission. Le paiement au tarif de la salle et conformément à l'accord conclu entre les provinces sur la facturation réciproque. Les services externes assurés sont fondés sur le tarif entre les provinces conformément à l'accord sur la facturation réciproque.

Hors du Canada: le tarif de la salle jusqu'à concurrence de 100 $ par jour, plus 75% des frais restants. Le paiement est limité au coût de la salle ou, s'il n'existe pas de salle, au tarif de chambre à deux lits, le plus bas possible. Les frais des services externes sont assurés au tarif des services externes entre les provinces, plus 75% de la balance quand les services médicalement nécessaires sont pourvus dans les cas urgents. Pour les cas non urgents, le remboursement correspondra au tarif en vigueur en Nouvelle-Écosse pour le même service.

Frais autorisés: aucuns

Services assurés supplémentaires: Programme de financement des services d'ambulance.

NEW BRUNSWICK

Medical Care Insurance

Standard benefits (d): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Out-of-province benefits (d):

Within Canada: Services defined by the Medical Director as not available in New Brunswick paid at rate of host province. Other services paid at New Brunswick rate. Services of pathologists and radiologists not available in province paid at 90% of charges. Those available in New Brunswick paid at 80%.

Outside Canada: Services defined by the Medical Director as not available paid at Ontario or Quebec plan rate. Other services paid at New Brunswick rate. Pathologist and radiologist services not available in province paid at 70%; those available paid at 60%.

Additional benefits (e): One free annual eye examination for children 18 or under; drug programs for beneficiaries who are 65 years of age and older, registered with Medicare, residents of licensed nursing home, (regardless of age), and confirmed cystic fibrosis cases (regardless of age). Also available for recipients of social assistance, their eligible dependents, and child welfare cases. (Note: See Addendum re recent additions.)

Premium per month: none

Hospital Insurance

Standard benefits (f):

In-patient: Standard ward and all approved available services.

Out-patient: All approved available services.

Out-of-province benefits (f):

Within Canada: In-patient: coverage at standard ward rate, for all hospital services medically necessary for the care and treatment of any disease, illness, or disability that requires admission to an approved hospital as a bed patient or in-patient. Out-patient: total amount charged for entitled services at rates established by the provincial authority in the jurisdiction in which the services were received.

NOUVEAU-BRUNSWICK

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (d): tous les services requis du point de vue médical qui sont dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés hors de la province (d):

Au Canada: services définis par le directeur des services médicaux non offerts au Nouveau-Brunswick payés au tarif prévu par la province hôte. Autres services payés au tarif prévu par le Nouveau-Brunswick. Services de pathologie et de radiologie non offerts dans la province payés à 90%; services offerts dans la province payés à 80%.

Hors du Canada: services définis par le directeur des services médicaux non offerts payés au tarif des régimes de l'Ontario et du Québec. Autres services payés au tarif prévu par le Nouveau-Brunswick. Services de pathologie et de radiologie non offerts dans la province payés à 70%; services offerts dans la province payés à 60%.

Services assurés supplémentaires (e): un examen de la vue annuel gratuit pour les enfants âgés de 18 ans et moins; programmes de médicaments pour les bénéficiaires âgés de 65 ans et plus, inscrits au régime d'assurance-maladie, inscrits à une maison de santé détenant un permis (sans égard à l'âge) ainsi que les cas confirmés de fibrose kystique (sans égard à l'âge). Aussi disponible pour les bénéficiaires d'aide sociale, leurs dépendants admissibles et les cas de protection de l'enfance. (Remarque: voir annexe sur les additions récentes.)

Prime mensuelle: aucune

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (f):

Services dispensés aux malades hospitalisés: les services de la salle et tous les services disponibles qui sont approuvés.

Services de consultation externe: tous les services disponibles qui sont approuvés.

Services assurés hors de la province (f):

Au Canada: services dispensés aux malades hospitalisés: la protection au tarif de la salle pour tous les services médicalement nécessaires pour les soins et le traitement de toute maladie ou invalidité qui exige une admission dans un hôpital approuvé pour des services au lit ou services externes. Services de consultation externe: la totalité des frais des services assurés au tarif établi par l'autorité provinciale dans le secteur de compétence dans lequel les services ont été reçus.

Outside Canada: In-patient coverage: Services not available in New Brunswick paid at an all-inclusive rate not in excess of the average standard ward rate, rounded to the nearest dollar, of the three major Canadian hospitals selected by the Medical Director. Other services paid at an all-inclusive rate not in excess of the average standard ward rate, rounded to the nearest dollar, of the three largest New Brunswick hospitals. These rates are calculated on July 1 of each year. Out-patient coverage: paid at New Brunswick rate or the amount charged whichever is less.

Authorized charges: None for hospital care within scope of Hospital Insurance Program, (Note: see Addendum re current situation), however persons awaiting nursing home placement are charged, after 30 days, $13.70 per day. (Note: See Addendum re current charges.)

Additional benefits: Nursing home services (financial assistance).

Hors du Canada: services dispensés aux malades hospitalisés: services non offerts au Nouveau-Brunswick payés entièrement à un tarif ne dépassant pas le tarif moyen de la salle (arrondi au dollar) des trois principaux hôpitaux canadiens choisis par le directeur médical. Les autres services payés entièrement à un tarif ne dépassant pas le tarif moyen de la salle (arrondi au dollar) des trois plus grands hôpitaux du Nouveau-Brunswick. Ces tarifs sont calculés le 1er juillet de chaque année. Services dispensés aux malades externes: services payés au tarif du Nouveau-Brunswick ou le montant facturé, en prenant le moins élevé de ces montants.

Frais autorisés: aucuns frais pour les soins hospitaliers couverts par le Régime d'assurance-hospitalisation, toutefois les personnes qui attendent d'être placées dans une maison de santé doivent payer 13,70 $ par jour après 30 jours. (Remarque: voir annexe sur les frais actuellement en vigueur.)

Services assurés supplémentaires: services en maison de repos (assistance financière).

Medical Care Insurance

Standard benefits (d): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Out-of-province benefits (d): Insured services paid up to Quebec rates upon presentation of a fee statement of services rendered.

Additional benefits (e): Assistance towards the cost of appliances supplied to persons with permanent colostomy, ileostomy or urostomy; breast prostheses grant program following mastectomy; dental services for children under the age of 16; dental services, including dentures, for social aid recipients; drugs and related professional services for recipients of social aid and recipients of certain governmental social aid measures, for persons aged 65 years and over, for persons aged 60 to 64 inclusive who are eligible for an allowance under the Old Age Security Act and would otherwise, without that allowance, be eligible for social aid or certain governmental social aid measures; hearing aids program for all persons 35 years of age and under and social aid recipients over 35. Persons 36 or over who already use an aid paid for by the Régie are also now included; assistance with the cost of ocular prostheses (artificial eyes) for a beneficiary who has undergone an enucleation, an evisceration, or a permanent conjunctival closure; optometry program; oral surgery, prostheses, orthopaedic appliances or other appliances specified by regulation; visual aid program for residents 35 years and under and all beneficiaries over 35 already covered by program.

Premium per month: none (j)

Hospital Insurance

Standard benefits (f):

In-patient: Standard ward including all medically required services.

Out-patient: Clinical services of day or night psychiatric care, electroconvulsive therapy, insulin shock therapy, behavioural therapy; emergency care, minor surgery, radiotherapy, diagnostic services, physiotherapy, occupational therapy and inhalation therapy services, orthoptic services; services or examinations necessary for a resident to obtain

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (d): tous les services requis du point de vue médical qui sont dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés hors de la province (d): services assurés payés au tarif prévu par le Québec, ou moins, sur présentation d'un relevé d'honoraires mentionnant les services rendus.

Services assurés supplémentaires (e): le programme de subventions pour appareils fournis aux résidents du Québec ayant subi: une colostomie, une iléostomie ou une urostomie permanente; le programme de subventions pour prothèses mammaires après mastectomie; les services dentaires pour les enfants de moins de 16 ans; les services dentaires, y compris les prothèses dentaires, pour les assistés sociaux; les médicaments et les services professionnels connexes pour les bénéficiaires de certaines mesures d'aide sociale gouvernementale, pour les personnes de 65 ans et plus et pour les personnes de 60 à 64 ans inclusivement qui sont admissibles à une allocation en vertu de la Loi sur la sécurité de la vieillesse et qui, sans cette allocation, auraient droit à l'aide sociale ou à certaines mesures d'aide sociale gouvernementale; un programme d'aide pour les handicapés auditifs de 35 ans ou moins et les bénéficiaires d'aide sociale de 35 ans et plus. Tous les résidents du Québec âgés de plus de 36 ans, qui possèdent déjà un appareil payé par la Régie et qui avaient atteint la limite d'âge, sont maintenant inclus; le programme de subventions pour prothèses oculaires (yeux artificiels), fournis aux résidents du Québec, ayant subi une énucléation, une éviscération ou un recouvrement conjonctival permanent; la chirurgie buccale, le programme de services optométriques, les prothèses et les appareils orthopédiques ou autres déterminés par règlement; un programme d'aide pour les handicapés visuels âgés de 35 ans et moins et tous les résidents âgés de plus de 35 ans qui sont déjà couverts par ce programme.

Prime mensuelle: aucune (j)

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (f):

Services dispensés aux malades hospitalisés: les services en salle commune et tous les services médicalement nécessaires.

Services de consultation externe: les services en clinique psychiatrique de jour ou de nuit, les traitements par électrochoc, l'insulinothérapie et la thérapie de comportement; les soins d'urgence, les soins en chirurgie mineure, la radiothérapie, les services diagnostiques, les services de physiothérapie, d'ergothérapie et d'inhalothérapie, les services d'orthoptique;

employment, or those required in the course of employment or on the demand of the employer, provided that such examination or service is required by a law of Quebec other than the Collective Agreement Decrees Act; hearing and speech services.

Out-of-province benefits (f):

Within Canada: In-patient: Approved standard ward rate. Out-patient: Insured services at the prevailing rate of the hospital where these services are received.

Outside Canada: The cost of hospital services provided outside Canada are reimbursed by the Régie de l'assurance-maladie du Québec only in emergencies. Up to $700.00 is reimbursed in full and 50% of any amount in excess of that sum. Certain beneficiaries (students in recognized institutions, those receiving full-time training in a university or other specified institution, Quebec government employees, and those employed in an approved non-profit organization) residing temporarily outside Canada, are reimbursed 100% cost of emergency hospital and 75% of non-emergency hospital services. Exclusions: spas, nursing homes or other similar establishments.

Authorized Charges:

The payments authorized are $13.71 per day for chronic care in extended care hospitals or in extended care units in short-term care hospitals. Children under the age of 18 are exempt. Low income individuals may benefit from total or partial exemption depending on their family and financial situation. (Note: See Addendum re current charges.)

Additional Benefits

Additional services offered to the Quebec population under special programs of the Department of Social Affairs include:

- the transportation of sick persons according to specified criteria;

- certain special medications at a reduced price ($2.00 per medication for a period of 28 days) for ambulatory patients who suffer from cancer, cystic fibrosis, tuberculosis, primary hyperlipoproteinemia, diabetes insipidus or psychiatric illness;

les services ou les examens auxquels doit se soumettre un résident en vue d'obtenir un emploi, ou auxquels il doit se soumettre en cours d'emploi ou encore qui sont requis par un employeur à la condition qu'un tel examen ou service soit exigé par une loi du Québec autre que la Loi des décrets de la convention collective; les services d'audiologie et d'orthophonie.

Services assurés hors de la province (f):

Au Canada: services dispensés aux malades hospitalisés: le tarif approuvé de la salle. Services de consultation externe: les services assurés, au tarif de l'hôpital en cause.

Hors du Canada: la Régie de l'assurance-maladie du Québec rembourse les services hospitaliers reçus hors du Canada uniquement dans les cas d'urgence. La Régie paie le coût des services hospitaliers jusqu'à concurrence de 700 $ plus 50% des frais excédant ce montant. Cependant, pour certains bénéficiaires (les étudiants, les fonctionnaires du gouvernement du Québec, etc.) qui résident temporairement hors du Canada, les services reçus dans un centre hospitalier à la suite d'une maladie subite ou d'une situation d'urgence sont remboursables à 100% sur production d'une demande détaillée; dans les autres cas, les services sont remboursés à 75%. Sont exclus: les stations thermales, les maisons de repos ou autres refuges analogues.

Frais autorisés:

Les frais autorisés sont de 13,71 $ par jour pour les malades chroniques hospitalisés dans les hôpitaux de soins prolongés ou dans des unités de soins prolongés d'hôpitaux de courte durée. Les enfants âgés de moins de 18 ans sont exemptés. Les personnes à faible revenu peuvent jouir d'une exemption totale ou partielle, selon leur situation. (Remarque: voir l'annexe sur les tarifs en vigueur.)

Services assurés supplémentaires:

Les services additionnels dont peut bénéficier la population du Québec dans le cadre des programmes spéciaux du ministère des Affaires sociales comprennent:

- le transport des personnes malades conformément à certains critères particuliers;

- certains médicaments spéciaux à prix réduit (2 $ par médicament par période de 28 jours) pour les malades sur pied qui souffrent de cancer, de fibrose kystique, de tuberculose, d'hyperlipoprotéinémie primaire, de diabète insipide ou de maladie psychiatrique;

- home care services ordered by the attending physician to permit convalescence at home and reduce hospitalization - this program includes renal dialysis and parenteral nutrition;

- home help services to encourage the maintenance at home and avoidance of family break-up or long-term institutionalization for elderly persons;

- free ambulance service for persons aged 65 years and over;

- laryngectomy-related appliances and services supplied out of two designated establishments.

- les soins à domicile prescrits par le médecin traitant afin de permettre la convalescence à la maison et de réduire la durée de l'hospitalisation - ce programme comprend la dialyse rénale et l'alimentation par voie parentérale;

- des services d'aide domestique pour les personnes âgées afin de les encourager à rester dans leur foyer et d'éviter les séparations de la famille ou l'hospitalisation à long terme;

- des services ambulanciers gratuits pour les personnes âgées de 65 ans et plus;

- un programme d'aide aux laryngectomisés par le biais de deux établissements désignés.

Medical Care Insurance

Standard benefits (d): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Out-of-province benefits (d): Standard and additional benefits, except take home drugs, paid at Ontario rates.

Additional benefits (e): Assistive devices program administered by Ministry of Health; chiropody; chiropractic services; drug benefit plan administered by Ministry of Health free for Canadian citizens 65 and over, landed immigrants in province previous 12 months, disabled persons, and those with limited incomes; optometry (diagnostic); osteopathy; out-of-hospital physiotherapy (limited to approved facilities). Note: Annual maximum dollar limits on chiropractic, chiropodist and osteopathic services.

Premiums per month (g):

Single - $27.00 (h). Family of two or more - $54.00 (h). (Note: See Addendum re current charges.)

Hospital Insurance

Standard benefits (f):

In-patient: Standard ward and all approved available services.

Out-patient: Broad range of essential services, including diagnostic services, physiotherapy, occupational, speech and radiotherapy, and other hospital services when medically necessary. Where available from a hospital, the provision of equipment, supplies and medications for use in the home by haemophiliac patients for emergency treatment or the prevention of haemorrhage, and home dialysis and home hyperalimentation equipment supplied through the hospital.

Out-of-province benefits (f):

Within Canada: Full standard ward rate in other Canadian provinces less any co-insurance or capital charges made by province concerned. For generally accepted surgical procedures not available in Ontario, the patient must: a) be referred by an Ontario physician; and b) have prior Plan approval. The Plan will attempt to inform the patient of the amount they will pay

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (d): tous les services requis du point de vue médical qui sont dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés hors de la province (d): services assurés, ordinaires et supplémentaires (sauf les médicaments pris à la maison) payés au tarif prévu par l'Ontario.

Services assurés supplémentaires (e): programme d'aide pour l'achat d'appareils orthopédiques, administré par le ministère de la Santé; la chiropodie; la chiropraxie; le Régime de médicaments gratuits administré par le ministère de la Santé à l'intention des citoyens canadiens âgés de 65 ans et plus, des immigrants reçus demeurant dans la province depuis les douze derniers mois, des infirmes et des personnes à revenu modeste; les services de diagnostic en optométrie; l'ostéopathie; les services de physiothérapie à l'extérieur de l'hôpital (seulement dans les établissements autorisés). Remarque: services de chiropraxie, de chiropodie et d'ostéopathie assurés jusqu'à concurrence d'un montant maximal annuel.

Prime mensuelle (g):

Personne seule - 27 $ (h). Famille de deux personnes ou plus - 54 $ (h). (Remarque: voir note sur les frais actuellement en vigueur.)

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (f):

Services dispensés aux malades hospitalisés: les services de la salle et tous les services disponibles qui sont approuvés.

Services de consultation externe: un vaste éventail de services essentiels, y compris les services de diagnostic, la physiothérapie, l'ergothérapie, l'orthophonie, la radiothérapie, l'inhalothérapie, et d'autres services hospitaliers requis du point de vue médical. L'équipement, le matériel et les médicaments employés à domicile par un hémophile pour le traitement d'urgence ou la prévention des hémorragies, et fournitures pour la dialyse à domicile et la suralimentation à domicile lorsqu'un hôpital peut les fournir.

Services assurés hors de la province (f):

Au Canada: plein tarif de la salle prévu par les autres provinces canadiennes moins les frais modérateurs ou les frais d'établissement de la province en cause. Dans le cas des interventions chirurgicales généralement admises mais non offertes en Ontario, le patient doit: a) être adressé par un médecin de l'Ontario; et b) obtenir au préalable l'autorisation du

for the surgery. Home renal dialysis when arranged through a hospital. Physiotherapy services provided through a hospital. Ambulance services (for medically required services with supporting documentation), 75% of cost.

Outside Canada: For approved treatment deemed unavailable in Ontario, 100% of hospital charges for insured in-patient or out-patient with prior approval from plan. Elective hospital care is paid at 75% of the standard ward charges for insured services. Renal dialysis in approved health facilities. Treatment of acute mental illness or mental illness where the General Manager is of the opinion that suitable facilities are not available in Ontario, 75% of calculated standard ward rate for 60 days, with approved extensions. Seventy-five percent of ambulance services (for medically required services with supporting documentation).

Authorized charges: Chronic care charge of $14.72 per day after 60 days hospitalization with exemptions up to 360 days for rehabilitation of convalescent patients upon medical certification; also, partial or complete exemptions, if limited family income. (Note: Rate increases quarterly in line with Consumer Price Index. See Addendum for details and current charges.)

Additional benefits: Ambulance services (land and air) when medically required subject to a co-payment charge of $21.00 per trip (currently $22.00). Home care program. Nursing home benefit.

Régime. Le Régime tentera d'indiquer au patient la somme qui sera payée pour la chirurgie. Au Canada, la dialyse rénale à domicile, lorsque les dispositions sont prises par l'intermédiaire d'un hôpital. Les services de physiothérapie dispensés par l'intermédiaire d'un hôpital. Les services d'ambulance (pour les services justifiés sur le plan médical, documents à l'appui), 75% des coûts.

Hors du Canada: pour un traitement approuvé et jugé indisponible en Ontario, 100% des frais d'hôpitaux aux malades hospitalisés ou aux malades externes avec l'approbation préalable de la Commission. Les soins d'hôpitaux non urgents sont payés à 75% du tarif de la salle pour les services assurés; dialyse rénale dans les établissements de santé autorisés. Le traitement d'une maladie mentale aiguë ou d'une maladie mentale pour laquelle, de l'avis du directeur général, des installations appropriées ne sont pas disponibles en Ontario, 75% du tarif de la salle calculé pour 60 jours, en plus des prolongations autorisées. Soixante-quinze pour cent des frais de services d'ambulance (pour les services justifiés sur le plan médical, documents à l'appui).

Frais autorisés: pour les malades chroniques, des frais de 14,72 $ par jour après 60 jours d'hospitalisation, avec exemptions d'une durée maximale de 360 jours pour la réadaptation des convalescents, sur présentation d'un certificat médical, et exemptions partielles ou complètes suivant le revenu familial. (Remarque: le tarif augmente tous les trimestres conformément à l'Indice des prix à la consommation. Voir l'annexe pour obtenir plus de détails et connaître le tarif actuel.)

Services assurés supplémentaires: les services ambulanciers (aériens et terrestres) nécessaires au point de vue médical, sous réserve d'un copaiement de 21 $ par voyage (présentement 22 $). Le programme de soins à domicile. Services assurés de maison de santé.

Medical Care Insurance

Standard benefits (d): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Out-of-province benefits (d): Standard benefits paid at Manitoba rates. (Effective July 1984. Within Canada: payment for insured medical services is at the rate that is approved by the health care insurance plan of the province in which the services are provided. Outside Canada: Standard benefits paid at Manitoba rates. Payment for elective cases is subject to prior approval by Commission.)

Additional benefits (e): Artificial eyes program; breast prostheses and surgical brassieres following mastectomy (dollar limits); certain chiropractic services (dollar limits); contact lens following congenital cataract surgery; eyeglasses program provides assistance in the purchase of eyeglasses and where medically required, contact lenses, for persons 65 years of age and over; certain optometric services; prescription drugs partially covered; prosthetic devices and certain limb and spinal orthotic devices and services when prescribed by a doctor; assistance in the purchase of telecommunication devices for the profoundly deaf. Children's programs for those under 18 years: cleft lip/cleft palate treatment and rehabilitation program, hearing aids and orthopedic shoes.

Premium per month: none

Hospital Insurance

Standard benefits (f):

In-patient: Standard ward and all approved available services.

Out-patient: All services except drugs and dressings in certain cases. Physiotherapy, occupational therapy and speech therapy are covered when provided in hospitals designated by the Commission.

Out-of-province benefits (f):

Within Canada: In-patient: Rate approved by provincial plan of host province in accordance with the interprovincial agreement.

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (d): tous les services requis du point de vue médical qui sont dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés hors de la province (d): services assurés payés au tarif prévu par le Manitoba. (Depuis juillet 1984, au Canada: Le paiement des services médicaux assurés est au tarif approuvé par le régime d'assurance-santé de la province dans lequel les services sont fournis. Hors du Canada: services assurés payés au tarif prévu par le Manitoba. Le paiement des cas non urgents se fait sous réserve de l'approbation préalable de la Commission.)

Services assurés supplémentaires (e): les yeux artificiels; les prothèses mammaires et soutiens-gorge spéciaux après la mastectomie (limites de dollars); certains services de chiropraxie (limites de dollars); les lentilles cornéennes requises après une intervention chirurgicale pour une cataracte congénitale; programme de lunettes pourvoit l'aide financière pour l'achat de lunettes et, lorsque c'est justifié sur le plan médical, de lentilles cornéennes, pour les personnes âgées de 65 ans et plus; certains services d'optométrie; les médicaments prescrits qui sont couverts en partie; les prothèses et certains appareils et services orthopédiques pour les membres et la colonne vertébrale, lorsqu'ils sont prescrits par un médecin; aide pour l'achat d'appareils de télécommunication pour les personnes atteintes de surdité profonde. Programmes pour les enfants âgés de moins de 18 ans: programme de traitement et de réadaptation en cas de fissure palatine ou labiale, programme d'aide aux handicapés auditifs et chaussures orthopédiques.

Prime mensuelle: aucune

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (f):

Services dispensés aux malades hospitalisés: les services de la salle et tous les services disponibles qui sont approuvés.

Services de consultation externe: tous les services sauf, dans certains cas, les médicaments et les pansements. La physiothérapie, l'ergothérapie, la rééducation du langage sont couverts quand ils sont offerts dans un hôpital désigné par la Commission.

Services assurés hors de la province (f):

Au Canada: services dispensés aux malades hospitalisés: tarif approuvé par le régime de la province hôte conformément à l'accord conclu

Out-patient: Provided in accordance with the interprovincial agreement.

Outside Canada: In-patient: The greater of 75% of hospital's charges for insured services, or a daily allowance approved by the Commission if: 1) emergency, 2) adequate care not available in Manitoba, 3) during three months following permanent move, 4) temporary employment or education. The lesser of 75% of hospital's charges or a daily allowance for elective cases. (Effective July 1984, payment for hospital services for elective cases is subject to prior approval by Commission.) Out-patient: Covered up to $37.00 (currently $41.00) per visit or 75%, whichever is greater, but no more than the hospital charges.

Authorized charges: None for hospital care within scope of Hospital Insurance Program, however, persons awaiting placement in personal care homes are charged $12.00 per day. (Note: See Addendum re current charges.)

Additional benefits: Personal care homes: Standard ward and all approved available services. A $12.00 per day residential charge is payable by insured persons receiving personal care in personal care homes. (Note: See Addendum re current charges.)

Northern patient transportation program provides for the cost of transportation to obtain medical or hospital health care services.

entre les provinces. Services de consultation externe: dispensés conformément à l'accord conclu entre les provinces.

Hors du Canada: services dispensés aux malades hospitalisés: la plus élevée de ces sommes: 75% des frais pour les prestations des services hospitaliers pour des services assurés ou une allocation quotidienne approuvée par la Commission dans les cas: 1) d'urgence, 2) où les soins requis ne sont pas disponibles au Manitoba, 3) où les soins sont dispensés dans les trois mois suivant le départ permanent, 4) d'une absence temporaire pour raison de travail ou d'études. La moins élevée de ces deux sommes: 75% des frais ou une allocation quotidienne pour les cas d'hospitalisation non urgente. (Depuis juillet 1984, le paiement pour les services hospitaliers dans les cas non urgents est sujet à l'approbation préalable de la Commission.) Services de consultation externe: payés jusqu'à concurrence de 37 $ (présentement 41 $) par visite, ou de 75%, de la facture, le plus élevé des deux montants étant retenu, mais pas plus que les frais d'hôpitaux.

Frais autorisés: aucuns frais pour les soins hospitaliers couverts par le Régime d'assurance-hospitalisation, toutefois les personnes qui attendent d'être placées dans des foyers de soins personnalisés doivent payer 12 $ par jour. (Remarque: voir l'annexe sur les frais en vigueur.)

Services assurés supplémentaires: foyers de soins personnalisés: salle et tous les services offerts autorisés. Les foyers exigeront une somme de 12 $ par jour des personnes assurées qui y reçoivent des soins personnels. (Remarque: voir l'annexe sur les frais en vigueur.)

Le Programme de transport à l'intention des malades qui résident dans le nord de la province prend en charge les frais de transport pour recevoir des soins médicaux ou des soins en milieu hospitalier en raison de problèmes de santé.

Medical Care Insurance

Standard benefits (d): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Out-of-province benefits (d): Standard benefits, administered by the Commission, paid at Saskatchewan rates. Various rates for approved services not available in province covered when prior approval received.

Additional benefits (e): Cleft palate referred services by a dentist; chiropractic; optometry; oral surgery by a dentist. With certain exceptions, Saskatchewan residents holding valid health services cards are eligible for the benefits of other plans administered by the provincial department of health. These include: aids to independent living (medical equipment and supplies provided on free-loan basis to handicapped residents, drugs supplied for certain diseases, e.g. cystic fibrosis, telephone equipment supplied to special needs residents, partial payment of ostomy supplies); children's dental plan; subsidized hearing aid plan and a prescription drug plan.

Premium per month: none

Hospital Insurance

Standard benefits (f):

In-patient: Standard ward and all approved available services.

Out-patient: To the extent that hospitals are able to provide them.

Out-of-province benefits (f):

Within Canada: In-patient: Standard ward rate less co-insurance charge where applicable. Out-patient: Total amount charged.

Outside Canada: In-patient: Standard ward, less exchange on U.S. currency, up to a rate equal to the average daily rate for the Regina and Saskatoon hospitals in the preceding fiscal year. (January 1, 1983 - up to $204.00 Canadian.) Referral with approval for treatment unavailable in Canada: All fair and reasonable hospital charges including exchange on U.S.

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (d): tous les services requis du point de vue médical qui sont dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés hors de la province (d): services assurés ordinaires, administrés par la Commission, payés au tarif prévu par la Saskatchewan. Services autorisés non offerts dans la province payés à des tarifs différents, lorsque autorisés au préalable.

Services assurés supplémentaires (e): soins dentaires pour les personnes porteuses d'une fissure palatine lorsque le cas est adressé par un dentiste; chiropraxie, optométrie, services de chirurgie buccale dispensés par un dentiste. Sauf certaines exceptions, les résidents de la Saskatchewan possédant des cartes de santé valides sont admissibles aux services d'autres régimes administrés par le ministère provincial de la Santé. Ces services comprennent des aides visant à promouvoir l'autonomie (fournitures et équipement médicaux prêtés gratuitement aux résidents handicapés, médicaments fournis pour certaines maladies, par exemple la fibrose kystique, matériel téléphonique fourni aux résidents présentant des besoins spéciaux, paiement partiel des fournitures pour stomisés); Régime de soins dentaires pour enfants; régime de subventions pour prothèses auditives et régime de médicaments prescrits.

Prime mensuelle: aucune

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (f):

Services dispensés aux malades hospitalisés: les services de la salle et tous les services disponibles qui sont approuvés.

Services de consultation externe: les services sont assurés dans la mesure où un hôpital peut les fournir.

Services assurés hors de la province (f):

Au Canada: services dispensés aux malades hospitalisés: le tarif de la salle, moins les frais modérateurs le cas échéant. Services de consultation externe: la totalité des frais facturés.

Hors du Canada: services dispensés aux malades hospitalisés: salle, moins le taux de change du dollar américain, jusqu'au tarif égal à la moyenne du tarif quotidien pour les hôpitaux de Regina et de Saskatoon dans l'année budgétaire précédente. (1er janvier 1983 - jusqu'à concurrence de 204 $ canadien.) Les patients dirigés ailleurs avec approbation

currency for insured hospital services received. Out-patient: Total amount charged, less exchange on U.S. currency, provided services are a benefit in Saskatchewan.

Authorized charges: None for hospital care within scope of Hospital Insurance Program. However, since July 1981, long-term care services are no longer an insured benefit under the plan and require a patient (or resident) to pay a monthly charge of $417.00. (Note: See Addendum re current charges.)

Additional benefits: A subsidized air ambulance service, administered by the department of health, transports patients with medical emergencies from small towns to urban centres. Private practice physiotherapy and osteopathy (facilities under contract with Minister of Health).

pour des traitements non offerts au Canada: tous les frais raisonnables, incluant le taux de change du dollar américain pour les services hospitaliers assurés obtenus. Services de consultation externe: la totalité des frais, moins le taux de change du dollar américain, à la condition que les services en question soient assurés en Saskatchewan.

Frais autorisés: aucuns frais pour les soins hospitaliers couverts par le Régime d'assurance-hospitalisation. Toutefois depuis le 1er juillet 1981, les services de soins prolongés ne sont plus assurés en vertu du régime. Les personnes (ou les résidents) doivent payer 417 $ par mois. (Remarque: voir l'annexe sur les frais en vigueur.)

Services assurés supplémentaires: un service d'ambulance aérienne subventionné, administré par le ministère de la Santé, transporte les malades des petites localités vers les centres urbains dans les cas d'urgence médicale. Services de physiothérapie en cabinet privé et l'ostéopathie (dans les établissements ayant signé un contrat avec le ministère de la Santé).

Medical Care Insurance

Standard benefits (d): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals (k).

Out-of-province benefits (d): Standard benefits within and outside country paid up to Alberta rate.

Additional benefits (e): Through the Alberta Health Care Insurance Plan: chiropractic services; dental services rendered by dental surgeons as specified in regulations; optometric services; physiotherapy services; podiatric services. Benefit ceilings on chiropractic, optometric, physiotherapy and podiatric services. An optional health services contract is available through the Alberta Health Care Insurance Plan which provides Alberta Blue Cross non-group membership at reduced rates to residents who are unable to obtain group Blue Cross coverage through an employer. Senior citizens and dependants no charge. (Effective June 1, 1983, Alberta widows and widowers 55 to 64 years, and their dependants, with limited or no income, are not charged.) For a resident 65 years and over, their spouse, and/or their dependants, the Extended Health Benefits Program provides a substantial portion of the cost of eyeglasses and a major portion of the cost of dentures and dental care. (Effective June 1, 1983 Alberta widows and widowers 55 to 64 years, and their dependants, with limited or no income are not charged.) The Department of Social Services and Community Health administers numerous programs including: aids to daily living, available free to handicapped or chronically ill residents (benefits include hearing aids, ostomy supplies, wheelchairs, etc.); a cystic fibrosis program and the extended health benefits program which assumes the cost of hearing aids and medical and surgical equipment, supplies and appliances for those 65 and over, their spouses and dependants.

Premium per month (g):

Single - $9.50 (i). Family of two or more - $19.00 (i). (See Addendum re current rates.)

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (d): tous les services requis du point de vue médical qui sont dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste (k).

Services assurés hors de la province (d): services assurés ordinaires au Canada et à l'extérieur payés jusqu'à concurrence du tarif prévu par l'Alberta.

Services assurés supplémentaires (e): en vertu du Régime d'assurance-maladie de l'Alberta: la chiropraxie; les soins dentaires dispensés par des chirurgiens-dentistes conformément aux règlements; l'optométrie; services de physiothérapie; services de podiatrie. Un maximum a été fixé pour les services de chiropraxie, d'optométrie, de physiothérapie et de podiatrie assurés. Une assurance facultative est offerte par la Commission qui permet aux résidents qui ne font partie d'aucun groupe de devenir membre de la Croix-Bleue de l'Alberta à des taux réduits par l'entremise d'un employeur (aucuns frais à débourser pour les personnes du troisième âge et les personnes à leur charge. Depuis le 1er juin 1983, les veufs et veuves (55 à 64 ans) avec un revenu modeste ou sans revenu et les personnes à leur charge sont également couverts sans frais). Pour les résidents âgés de 65 ans et plus et les personnes à leur charge, le programme de services complémentaires de santé assure une importante partie du coût des lunettes et la plus grande partie du coût des dentiers et des soins dentaires. (Depuis le 1er juin 1983, les veufs et veuves (55 à 64 ans) à revenu modeste ou sans revenu et les personnes à leur charge sont également couverts.) Le ministère des Services sociaux et de la Santé communautaire administre de nombreux programmes dont: la fourniture gratuite d'aides fonctionnelles pour les activités de la vie quotidienne aux personnes handicapées ou aux malades chroniques résidant dans la province (parmi les services assurés, on retrouve les prothèses auditives, les fournitures pour stomisés, les fauteuils roulants, etc.); un programme de fibrose kystique et le programme de services complémentaires de santé assurés qui couvre le coût des prothèses auditives, du matériel, des fournitures et appareils médicaux et chirurgicaux pour les personnes âgées de 65 ans et plus, leur conjoint et les personnes à leur charge.

Prime mensuelle (g):

Personne seule - 9,50 $ (i). Famille de deux personnes ou plus - 19 $ (i). (Voir l'annexe sur les frais en vigueur.)

Hospital Insurance

Standard benefits (f):

In-patient: Standard ward and all approved available services.

Out-patient: To the extent that the hospital is able to provide insured services.

Out-of-province benefits (f):

Within Canada: In-patient: All in-patient charges in Canadian active treatment or auxiliary hospitals. Out-patient: All services provided by hospitals in Canada at their respective approved rates.

Outside Canada: In-patient: In active treatment hospitals - $150.00 per day or the actual cost whichever is the lesser. Out-patient: For out-patient services at an active treatment hospital, the lesser of the amount charged or the amount that would be paid for the same services in Alberta.

Authorized charges (applies only to Alberta hospitals): Patients are required to pay a $5.00 admission charge to active treatment hospitals, (Note: See Addendum re current charge). Excluded are: newborns, inter-hospital transfers, re-admission within 30 days, hospitalization approved by a cancer clinic, polio patients, multiple handicapped children's units, residents aged 65 or over, their spouse and dependants, recipients of social assistance from Department of Social Services and Community Health and out-of-province cases.

Auxiliary hospitals: $8.00 per day after 120 days (accommodation for chronic care). Where a private room is provided at the request of the patient, an additional charge of $4.50 per day is payable, upon admission to the facility.

Emergency Financial Assistance Program: For hospital and medical care services not available in province or provided in an emergency, assistance exists for cases of financial hardship.

Additional benefits: Air ambulance program provides air transportation for seriously ill patients to major acute care facilities. Home care program; nursing home benefit.

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (f):

Services dispensés aux malades hospitalisés: les services de la salle et tous les services disponibles qui sont approuvés.

Services de consultation externe: dans la mesure où l'hôpital peut fournir les services assurés.

Services assurés hors de la province (f):

Au Canada: services dispensés aux malades hospitalisés: tous les frais des services dans les hôpitaux de soins de courte durée ou auxiliaires canadiens. Services de consultation externe: tous les services de consultation externe dispensés dans les hôpitaux au Canada à leurs taux respectifs approuvés.

Hors du Canada: services dispensés aux malades hospitalisés: dans les hôpitaux de soins de courte durée, la moins élevée de ces deux sommes: 150 $ par jour ou le coût réel. Services de consultation externe: pour les services de consultation externe dispensés dans un hôpital de soins de courte durée, le moins élevé de ces montants: le coût réel des services rendus ou le montant que coûterait le même service en Alberta.

Frais autorisés (pour les hôpitaux de l'Alberta seulement): les malades doivent débourser 5 $ pour être admis dans un hôpital de soins de courte durée. (Remarque: voir l'annexe sur les frais en vigueur.) Sont exclus les nouveau-nés, les malades transférés d'un hôpital à l'autre, les malades réadmis dans les 30 jours qui suivent le congé de l'hôpital, les malades dont l'admission est approuvée dans une clinique du cancer, les malades atteints de poliomyélite, les enfants admis dans des unités pour handicaps multiples, les résidents âgés de 65 ans et plus, leur conjoint et les personnes à leur charge, les bénéficiaires d'aide sociale du ministère des Services sociaux et de la Santé communautaire et les cas hors de la province.

Les hôpitaux auxiliaires: 8 $ par jour après 120 jours (hébergement pour des soins chroniques). Lorsqu'un malade occupe une chambre privée parce qu'il en a fait la demande, un supplément de 4,50 $ par jour est payable, lorsqu'il est admis.

Programme d'aide financière d'urgence: pour les services hospitaliers et les soins médicaux non offerts dans la province ou fournis en cas d'urgence, une aide peut être octroyée en cas de difficulté financière.

Services assurés supplémentaires: le programme d'ambulance aérienne offre des services de transport aérien aux patients gravement malades à des centres majeurs de soins aigus. Programme de soins à domicile; prestations en foyer de soins.

BRITISH COLUMBIA

Medical Care Insurance

Standard benefits (d): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals (k).

Out-of-province benefits (d):

Standard benefits, in emergency or with prior approval, paid up to B.C. rates.

Additional benefits (e): Chiropractic naturopathy, orthoptic, physiotherapy, massage practitioners and podiatric services partially covered; orthodontic services for hare lip and/or cleft palate covered (age limit); approved optometric services; extended role services of a registered nurse where:

a) an arrangement for the rendering and for the payment of these services is approved by the Commission; and

b) these services are rendered in an area of the province where a medical practitioner is not normally available.

Free prescription drug program for residents 65 years and over, the handicapped and the chronically ill, and a universal Pharmacare plan which protects individuals from financial hardship as a result of high prescription drug expenses. User charges - $175.00 deductible plus 20% co-payment. Further details may be obtained by writing Pharmacare, Ministry of Human Resources, 1275 West 6th Avenue, Vancouver, British Columbia, V6H 1A5.

Premium per month (g):

Single - $16.00. Two persons - $30.00. Family of three or more persons - $34.00. (Note: Premium rates are subject to change within each fiscal year. See Addendum re current rates.)

Hospital Insurance

Standard benefits (f):

In-patient: Standard ward and all approved available services.

Out-patient: Emergency services, minor surgical procedures, day care surgical services, out-patient cancer therapy, psychiatric day care

COLOMBIE-BRITANNIQUE

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (d): tous les services requis du point de vue médical qui sont dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste (k).

Services assurés hors de la province (d):

Services assurés ordinaires, en cas d'urgence ou avec autorisation préalable, payés jusqu'à concurrence du tarif prévu par la Colombie-Britannique.

Services assurés supplémentaires (e): services de chiropraxie, de naturopathie, d'orthoptique, de physiothérapie, de massothérapistes et de podiatrie sont partiellement couverts; les services d'orthodontie pour les personnes porteuses d'un bec-de-lièvre ou d'une fissure palatine sont couverts (limite d'âge); services d'optométrie approuvés; en outre les services d'un(e) infirmier(ère) diplômé(e) au rôle élargi lorsque:

a) la Commission approuve une entente conclue pour assurer la prestation et le remboursement de ces services; et

b) ces services sont dispensés dans une région de la province où un médecin n'est pas normalement disponible.

Le Programme gratuit de médicaments prescrits pour les résidents âgés de 65 ans et plus, les handicapés et les malades chroniques et le Régime de médicaments prescrits (Pharmacare) offert à l'ensemble de la population, afin de protéger les individus des difficultés financières que peut entraîner l'achat de médicaments prescrits. Frais modérateurs-franchise de 175 $ plus copaiement à 20%. De plus amples renseignements sur ce programme peuvent être obtenus en écrivant à Pharmacare, Ministry of Human Resources, 1275 West 6th Avenue, Vancouver, British Columbia, V6H 1A5.

Prime mensuelle (g):

Personne seule - 16 $. Deux personnes - 30 $. Famille de trois personnes ou plus - 34 $. (Remarque: le tarif des primes peut changer à l'intérieur d'une année financière. Voir l'annexe sur les tarifs en vigueur.)

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (f):

Service dispensés aux malades hospitalisés: les services de la salle et tous les services disponibles qui sont approuvés.

Services de consultation externe: les soins d'urgence, les soins en chirurgie mineure, les soins en chirurgie de jour, le traitement des

and night care services, day care rehabilitation services, narcotic addiction services, physiotherapy services, diabetic day care, and specified out-patient psychiatric services (in designated hospitals), dietetic counselling services; cytology services operated by the Cancer Control Agency of British Columbia and renal dialysis treatments for chronic renal failure (in designated hospitals); day care services at the Arthritis Centre of British Columbia and psoriasis day care services at Shaughnessy Hospital, Vancouver, and Victoria General Hospital, Victoria.

Out-of-province benefits (f):

Within Canada: In-patient: During a temporary period of absence that ends at midnight on the last day of the 12th month following the month of departure from province - maximum stay of 12 months unless otherwise approved. Referral, if approved by Deputy Minister. Out-patient: Emergency services and minor surgery with a $4.00 charge payable by the patient (Note: See Addendum re current charge); day care surgical services with a $7.00 charge payable by the patient (See Addendum re current charge) and out-patient dialysis treatment with no charge to the patient. Computerized axial tomography.

Outside Canada: For emergency illness or accidental injury, in-patient maximum $75.00 per day for adults and children, $36.00 per day for newborns, $230.00 or actual charge, whichever is lesser, for out-patient dialysis for chronic renal failure (Canadian funds).

Qualified persons who have obtained written prior approval to seek hospital treatment as in-patients outside of Canada are provided with benefits as follows:

- the usual and customary charge made by the hospital or institution providing the hospital service, less the authorized charges, if the benefits are not available in British Columbia; or

- a sum not greater than the per diem rate approved for an equivalent facility in British Columbia, less the authorized charges, if the benefits are available in British Columbia.

cancéreux non hospitalisés, les soins psychiatriques de jour et de nuit, les services de réadaptation de jour, le traitement de la toxicomanie, les services de physiothérapie, le traitement de jour pour les diabétiques et certains services de psychiatrie en clinique de consultation externe (dans les hôpitaux désignés), les services de consultation diététique, les services de cytologie exploités par la B.C. Cancer Institute et les services de dialyse rénale (dans les hôpitaux désignés); les soins de jour au Centre pour arthritiques de la Colombie-Britannique (Arthritis Centre of British Columbia) et les soins de jour pour les personnes souffrant de psoriasis à l'hôpital Shaughnessy de Vancouver, et le Victoria General Hospital de Victoria.

Services assurés hors de la province (f):

Au Canada: services dispensés aux malades hospitalisés: les services reçus au cours d'une absence temporaire se terminant à minuit le dernier jour du 12e mois suivant le mois du départ de la province - une absence maximale de 12 mois, sauf disposition contraire. Les services reçus par un malade dirigé ailleurs pour des traitements avec l'approbation du sous-ministre. Services de consultation externe: services d'urgence et de chirurgie mineure pour lesquels des frais de 4 $ sont payables par le patient; (Remarque: voir l'annexe sur les tarifs en vigueur.) Services de soins en chirurgie de jour pour lesquels des frais de 7 $ sont payables par le patient (voir l'annexe sur les tarifs en vigueur) et traitement de dialyse destiné aux malades externes sans frais imputables au patient. Scanographie.

Hors du Canada: pour les cas d'urgence ou les blessures accidentelles, un maximum de 75 $ par jour pour les adultes ou les enfants hospitalisés, de 36 $ par jour pour les nouveau-nés et de 230 $ ou le coût réel, la moins élevée des deux sommes, pour le traitement de dialyse rénale aux personnes non hospitalisées souffrant d'insuffisance rénale chronique (en devises canadiennes).

Pour les personnes admissibles qui ont obtenu l'autorisation écrite d'être hospitalisées à l'extérieur du Canada:

- les frais habituellement demandés par l'hôpital ou l'établissement fournissant les services hospitaliers, moins les frais autorisés, si les services n'étaient pas disponibles en Colombie-Britannique; ou

- un montant n'excédant pas le tarif à la journée autorisé pour un établissement équivalent en Colombie-Britannique, moins les frais autorisés, si les services étaient disponibles en Colombie-Britannique.

Authorized charges: (Note: See Addendum re current charges.)

a) $7.50 per day for acute and rehabilitative care in hospitals, excluding newborns and organ donors;

b) $11.50 per day for adults in extended care hospitals;

c) $4.00 for each emergency or minor surgical out-patient treatment;

d) $7.00 for day care surgical services.

Additional benefits: Subsidized ambulance services.

Frais autorisés: (Remarque: voir l'annexe sur les tarifs en vigueur.)

a) 7,50 $ par jour pour les soins dispensés aux malades aigus et les traitements de réadaptation dans les hôpitaux, sauf pour les nouveau-nés et les donneurs d'organes;

b) 11,50 $ par jour pour les adultes dans les hôpitaux de soins prolongés;

c) 4 $ pour tout service d'urgence ou les soins en chirurgie mineure en clinique de consultation externe;

d) 7 $ par jour pour les soins en chirurgie de jour.

Services assurés supplémentaires: services subventionnés d'ambulance.

NORTHWEST TERRITORIES

Medical Care Insurance

Standard benefits (d): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Out-of-province benefits (d):

Within Canada: Standard benefits paid at approved rate of host province.

Outside Canada: Standard benefits paid up to Northwest Territories rate.

Additional benefits (e): Extended medical benefits program covers costs related to investigation, treatment, drugs, air and ground transportation, necessary escort services, and stipends for accommodation and meals, for patients of specified diseases when referred by a medical practitioner to the nearest treatment centre. Diseases covered are: cancer, tuberculosis, mental illness or chronic psychosis, cystic fibrosis, cleft lip or palate, spina bifida, diabetes mellitus, congenital anomalies and chronic diseases of the urinary system, and venereal disease (Note: coverage for venereal disease does not include travel, accommodation or meals); medical transportation program assists residents with the cost of transportation necessary to provide access to required medical or hospital care; Pharmacare program covers the cost of approved prescribed prescription drugs for residents 65 years of age and older, individuals of treaty Indian and Inuit status, and persons with specified chronic diseases.

Premium per month: none

Hospital Insurance

Standard benefits (f):

In-patient: Standard ward and all approved available services.

Out-patient: Emergency and follow-up treatment of injuries; medically necessary diagnostic radiological examinations with necessary interpretations; laboratory examinations; minor surgical procedures; physiotherapy and radiotherapy where available; certain day care surgical procedures; psychiatric and psychology services provided under an approved hospital program.

TERRITOIRES DU NORD-OUEST

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (d): tous les services requis du point de vue médical qui sont dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés hors de la province (d):

Au Canada: services assurés ordinaires payés au tarif prévu par la province hôte.

Hors du Canada: services ordinaires assurés payés au tarif prévu par les Territoires du Nord-Ouest.

Services assurés supplémentaires (e): le programme de prestations élargies d'assurance-maladie couvre les coûts liés aux examens, au traitement, aux médicaments, au transport aérien et terrestre, les coûts des services d'escorte, les allocations de repas et de logement, offerts aux malades atteints de certaines maladies particulières lorsqu'ils ont été adressés par un médecin au centre de traitement le plus proche. Maladies couvertes: cancer, tuberculose, troubles mentaux ou psychose chronique, fibrose kystique, bec-de-lièvre ou fissure palatine, spina-bifida, diabète sucré, anomalies congénitales et maladies chroniques de l'appareil urinaire, et maladies vénériennes (Remarque: les services assurés dans le cas des maladies vénériennes ne comprennent pas les frais de déplacement, de logement ou les repas). Le programme de déplacement des personnes qui ont besoin de soins médicaux vise à aider les résidents à payer leurs frais de transport lorsqu'ils doivent se déplacer pour obtenir les soins médicaux ou hospitaliers dont ils ont besoin. Le Régime de médicaments prescrits (Pharmacare) pour les personnes de 65 ans et plus, les Indiens et les Inuit de plein droit, et les personnes atteintes de certaines maladies chroniques particulières.

Prime mensuelle: aucune

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (f):

Services dispensés aux malades hospitalisés: les services de la salle et tous les services disponibles qui sont approuvés.

Services de consultation externe: les traitements d'urgence des blessures et leurs traitements subséquents; les examens radiologiques requis par nécessité médicale et les analyses nécessaires au diagnostic; les examens de laboratoire; les soins en chirurgie mineure; la physiothérapie et la radiothérapie quand elles sont disponibles; certains soins en chirurgie de jour; services de psychiatrie et de psychologie dispensés dans le cadre d'un programme hospitalier approuvé.

Out-of-province benefits (f):

Within Canada: In-patient: Standard ward rate approved for hospital by its own provincial plan.

Out-patient: Same benefits as in N.W.T.

Outside Canada: Up to a maximum specified rate.

Authorized charges: none

Additional benefits: Department of health administers the coordinated home care program and the extended chronic care/nursing home care program.

Services assurés hors de la province (f):

Au Canada: services dispensés aux malades hospitalisés: tarif de la salle approuvé pour l'hôpital par le Régime d'assurance-hospitalisation de la province.

Services de consultation externe: les mêmes services assurés que ceux offerts dans les Territoires du Nord-Ouest.

Hors du Canada: jusqu'au tarif maximal spécifié.

Frais autorisés: aucuns

Services assurés supplémentaires: le ministère de la Santé administre le programme de soins à domicile coordonnés et le programme des soins aux malades chroniques et aux patients des maisons de santé.

YUKON TERRITORY

Medical Care Insurance

Standard benefits (d): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Out-of-province benefits (d): Insured services paid up to Yukon rate.

Additional benefits (e): Cancer program pays full cost of travel plus living expenses allowance while away from home for treatment, as well as prostheses, appliances and medical surgical supplies; dental program for school children up to grade 8 (basic restorative and preventive services); drug program for specific chronic diseases (e.g. cystic fibrosis); extended health care benefits program for registered residents, 65 and over, and their spouses 60 and over, covers: medical surgical supplies (e.g. ostomy supplies); artificial limbs; hearing aids; medical equipment (e.g. wheelchairs); dental care (restorations, dentures and preventive services within limits); optometric services (refractions, frames within limits); home nursing services (limits); medical travel costs covered to nearest centre upon referral; Pharmacare plan covers drugs for those 65 and over and their spouses 60 and over (diabetic supplies including syringes and testing materials also covered); speech pathology program (diagnostic and remedial), for pre-school and school age children as well as certain adults; audiological audiometric and impedance screening.

Premium per month (g):

Single - $18.00. Family of two or more - $25.00. (Note: See Addendum re current charges.) Coverage depends on residency status rather than on payment of premiums. Persons 65 years of age or more, their spouses and dependants are premium-exempt.

TERRITOIRE DU YUKON

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (d): tous les services requis du point de vue médical qui sont dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés hors de la province (d): services assurés payés au tarif prévu par le Yukon.

Services assurés supplémentaires (e): le programme d'aide aux cancéreux couvre le total des frais de déplacement et prévoit une allocation de subsistance pour tout séjour fait à l'extérieur pour recevoir des traitements, de même que les prothèses, les appareils et fournitures médicales et chirurgicales; programme de soins dentaires pour les élèves jusqu'à la huitième année (service de prévention et de restauration de base); coût des médicaments nécessaires au traitement de maladies chroniques précises (par exemple la fibrose kystique); le programme de soins complémentaires de santé assurés pour les résidents inscrits de 65 ans et plus et leur conjoint âgé de 60 ans et plus couvre: les fournitures médicales et chirurgicales (par exemple les fournitures pour stomisés); les membres artificiels; les prothèses auditives; le matériel médical (par exemple fauteuil roulant); les soins dentaires (certains services de restauration, de prothèses et de prévention sous réserve de certaines restrictions); les services d'optométrie (réfraction, montures sous réserve de certaines restrictions); les services de soins infirmiers à domicile (limités); frais de déplacement en vue de recevoir un traitement médical au centre le plus proche sur recommandation d'un médecin; le Régime d'assurance-médicaments (Pharmacare) couvre les médicaments prescrits aux personnes âgées de 65 ans et plus et leur conjoint âgé de 60 ans et plus (fournitures pour les diabétiques y compris les seringues et le matériel pour les tests); programme de pathologie de la parole (diagnostic et rééducation), pour les enfants d'âge préscolaire et scolaire de même que pour certains adultes; dépistage audiologique, audiométrique et impédance.

Prime mensuelle (g):

Personne seule - 18 $. Famille de deux personnes ou plus 25 $. (Remarque: voir l'annexe sur les tarifs en vigueur.) La garantie dépend de la résidence et non de l'acquittement des primes. Les personnes âgées de 65 ans et plus, leur conjoint et les personnes à leur charge, sont exemptées des primes.

Hospital Insurance

Standard benefits (f):

In-patient: Standard ward rate and all approved available services.

Out-patient: Laboratory, radiological and other diagnostic procedures together with the necessary interpretations for the diagnosis and treatment of an injury, illness or disability excluding simple procedures which ordinarily form part of a physician's routine office examination; day care surgical services.

Out-of-province benefits (f):

Within Canada: In-patient: Rate approved for hospital by its own provincial plan.

Out-patient: Same benefits as in Territory.

Outside Canada: Maximum applied as to rate.

Authorized charges: none

Additional benefits: Nursing home insured services.

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (f):

Services dispensés aux malades hospitalisés: les services de la salle et tous les services disponibles qui sont approuvés.

Services de consultation externe: les tests de laboratoire, les examens radiologiques et les autres services de diagnostic, ainsi que les analyses nécessaires au diagnostic et au traitement des blessures, maladie ou invalidité, à l'exclusion des examens qui font partie de l'examen général en cabinet de médecin; les soins en chirurgie de jour.

Services assurés hors de la province (f):

Au Canada: services dispensés aux malades hospitalisés: le tarif approuvé pour l'hôpital par le Régime d'assurance-hospitalisation de la province en question.

Services de consultation externe: les mêmes services assurés que ceux offerts dans le Territoire du Yukon.

Hors du Canada: le tarif maximal selon le taux.

Frais autorisés: aucuns

Services assurés supplémentaires: services assurés des maisons de repos.

NOTES:

a) The benefits listed are: 1) those of the national health insurance programs; and 2) additional benefits which are either: (i) administered by the provincial health insurance plans or; (ii) are administered by another agency and generally fall within the pattern of benefits which are associated with public health insurance programs. However, not included are many other health services provided by provinces other than through the health insurance system or equivalent. These other programs may be: on a universal basis (e.g. public health services, mental health services, communicable disease control); on a regional basis within a province; on an age-related basis, on a disease-related basis, or on a needs basis.

b) Authorized charges are mentioned under Hospital Insurance only as there are no authorized charges for Medical Care. Extra-billing by individual practitioners above the benefit level paid by provincial medical care insurance plans is legally possible in all provinces except Quebec. The conditions under which extra-billing can occur, and the extent of such extra-billing varies from jurisdiction to jurisdiction. However, extra-billing must not impede or preclude reasonable access to insured services as required by the Medical Care Act (Canada.)

c) This summary is intended to provide a resumé of the provincial health insurance plans as they were on January 1 of each year. A few selected changes subsequent to that date which occurred during the calendar year and which have substantially altered plan benefits, or charges to beneficiaries, have also been noted. However, other changes such as scheduled increments in authorized charges have not been recorded in the body of the summary. Substantive changes which occurred following the close of the calendar year, and certain charges current at the time of printing, are contained in the addendum.

d) These benefits are insured services as defined in the Medical Care Act (Canada), and are provided in accordance with conditions contained in the Act. (Benefits provided by a provincial plan which exceed the requirements of the Act are listed under "Additional benefits".) All provincial medical care insurance plans are required to provide portability of coverage for the insured services of the Medical Care Program for their insured residents anywhere in the world. However, this requirement does not preclude a provincial plan from requiring

NOTES:

a) Les services assurés mentionnés sont: 1) ceux des programmes d'assurance-santé nationaux, et 2) les services assurés supplémentaires qui sont administrés soit (i) par les régimes d'assurance-santé provinciaux, soit (ii) par un autre organisme, et qui correspondent généralement aux services assurés associés aux régimes d'assurance-santé publics. Cependant, ne sont pas compris de nombreux autres services fournis par les provinces par un autre moyen que le régime d'assurance-santé ou l'équivalent. Ces autres programmes peuvent être: sur une échelle universelle (par exemple, les services d'hygiène publique, les services de santé mentale, la lutte contre les maladies transmissibles); au niveau régional au sein d'une province; selon l'âge, la maladie, les besoins.

b) Les frais autorisés sont mentionnés aux termes de l'assurance-hospitalisation seulement, parce qu'il n'y a pas de frais autorisés pour les soins médicaux. Toutefois, dans toutes les provinces, sauf au Québec, les omnipraticiens sont légalement en mesure de dépasser les tarifs prévus par les régimes d'assurance-santé provinciaux. Les conditions et l'importance de cette surfacturation varient d'un secteur de compétence à l'autre. Toutefois, le dépassement des tarifs ne doit pas entraver ou empêcher l'accès raisonnable aux services assurés prévus par la Loi sur les soins médicaux (Canada).

c) Ce résumé vise à donner un aperçu des régimes d'assurance-santé provinciaux en vigueur au 1er janvier de chaque année. Quelques changements particuliers apportés après cette date, pendant l'année civile, et qui ont eu pour effet de modifier substantiellement les services assurés en vertu du régime, ou les frais à assumer par les bénéficiaires, ont également été indiqués. Toutefois, d'autres changements tels que les augmentations prévues des tarifs autorisés n'ont pas été inclus dans le corps du résumé. Des changements importants survenus après la fin de l'année civile et certains frais en vigueur au moment d'aller sous presse se retrouvent dans l'annexe.

d) Ces services assurés sont offerts conformément aux dispositions de la Loi sur les soins médicaux (Canada) et aux conditions afférentes. (Des services additionnels dépassant les dispositions de la loi sont offerts par les différents régimes provinciaux. Ils sont décrits sous le titre "Bénéfices complémentaires".) Tous les régimes provinciaux d'assurance médicale doivent offrir à leurs résidents assurés une transférabilité de couverture partout dans le monde pour les services assurés du Programme de soins médicaux. Cette exigence

prior approval from the plan before elective, non-emergency care is obtained out-of-province.

n'empêche cependant pas un régime provincial de demander préalablement l'approbation du régime avant que des soins facultatifs, non urgents, soient prodigués hors de la province.

e) These additional benefits are provided generally on a limited basis and are not normally portable. While, strictly speaking, the federal government is not contributing under federal health insurance legislation towards the costs of these additional benefits, the provinces have considerable latitude in allocating all federal contributions for health care services. These include the contributions under the Hospital Insurance and Medical Care Programs, as well as those under the Extended Health Care Services Program in respect of the cost of certain health services such as nursing home and adult residential care, home care (health aspects) and ambulatory health care services. The latter contribution is not subject to the program conditions applicable to hospital and medical care insurance. Consequently, the provinces have total flexibility in the use they make of this particular contribution. For specific details, information may be obtained from the provincial plan.

e) Ces bénéfices complémentaires sont généralement offerts avec certaines restrictions, et ne sont pas habituellement transférables. Bien que, strictement parlant, le gouvernement fédéral ne partage pas les coûts de ces bénéfices complémentaires en vertu de la législation fédérale sur l'assurance-santé, les provinces jouissent d'une latitude considérable dans la répartition de toutes les contributions fédérales pour les services de santé; celles-ci comprennent les contributions en vertu des régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux, ainsi que les contributions en vertu du Programme de services complémentaires de santé, relativement au coût de certains services de santé tels que les soins en maison de repos et les soins en établissement pour adultes, les soins à domicile (les services de santé) et les soins ambulatoires. Cette dernière contribution n'est pas assujettie aux conditions qui s'appliquent aux régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux. En conséquence, les provinces sont libres d'utiliser cette contribution comme elles le veulent. Pour plus de précisions, s'adresser au régime provincial en question.

f) These benefits are provided in accordance with the terms and conditions of the Hospital Insurance and Diagnostic Services Act (Canada), except for nursing home benefits (where applicable).

f) Ces services assurés sont offerts conformément à la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques (Canada), sauf les services assurés dans les maisons de repos (le cas échéant).

g) Regular premiums only are listed. Reduced premiums and/or premium exemptions are available to residents on limited incomes. The provisions for assistance vary from province to province.

g) Seules les primes régulières sont inscrites. Les primes réduites et les exemptions de primes sont offertes aux résidents à revenu limité. Les dispositions en ce sens varient d'une province à l'autre.

h) Rates are for combined medical care and hospital insurance coverage. Premium exemption if member of premium unit is 65 years or more and resided for at least the previous 12 months in province.

h) Les taux s'appliquent aux Programmes de soins médicaux et d'assurance-hospitalisation combinés. Il y a exemption de la prime si la personne est âgée de 65 ans ou plus et est résidente de la province depuis au moins les 12 derniers mois.

i) Premium exemption for basic (and for optional) coverage if member of a premium unit is 65 years or more. Eligibility for hospital insurance depends on medical care insurance status. (May 1983 exemption expanded to include widows/widowers receiving the Alberta Widows' Pension, aged 55 to 64 years.)

i) Il y a exemption de la prime pour l'assurance de base (et l'assurance facultative) si la personne seule ou un des membres d'une famille (deux personnes ou plus) est âgé de 65 ans ou plus. Le droit à l'assurance-hospitalisation dépend de la situation par rapport au Régime de soins médicaux. (En mai 1983, l'exemption s'est étendue pour inclure les veufs/veuves recevant la pension des veufs de l'Alberta (Alberta Widows' Pension) âgés de 55 à 64 ans.)

j) A special fund for financing the Quebec Health Insurance plan comprises employers' contributions amounting to 3.0% of employees' salaries and payments made by the Minister of Finance out of the provincial consolidated revenue fund, according to the requirements of the Quebec Health Insurance Board.

k) In this province, the services of osteopaths are eligible as insured services under the Medical Care Act (Canada) on the same basis as the services of medical practitioners.

j) La Régie de l'assurance-maladie du Québec est financée par le fonds de l'assurance-maladie créé au ministère des Finances et alimenté par la contribution des employeurs (3,0% du salaire versé à un employé) à laquelle s'ajoutent des sommes versées par le ministre des Finances à même le fonds consolidé du revenu et selon les besoins de la Régie.

k) Dans cette province, les services des ostéopathes peuvent être considérés comme étant des services assurés en vertu de la Loi fédérale sur les soins médicaux au même titre que les services des médecins.

ADDENDUM

Current Additional Benefits, Authorized Charges, and Premiums

This addendum lists current premiums and authorized charges at time of printing, as well as recent changes in additional benefits. Provinces not mentioned in the addendum either have a) no such charges or b) have not had a change in premiums, authorized charges or additional benefits since the January 1, 1983 date of the summary.

Newfoundland: Authorized charges: Effective April 1, 1984, the ward charge of $5.00 was dropped. New rate structure was established for persons in hospital awaiting nursing home placement. Effective April 1, 1984, 75% of monthly amount charged to nursing home residents is charged to medically discharged patients (currently $1,050.00/month).

New Brunswick: Authorized charges: Effective July 4, 1983, province re-introduced authorized charges for general out-patient services at $6.00/visit ($3.00 for social aid recipients, yearly maximums). Out-patient respiratory therapy $3.00/day's visit. Exemptions: persons 65 years and over, and persons in receipt of services outside of the province. Effective March 27, 1984, persons receiving out-patient rehabilitation services, occupational, speech and physiotherapy, are also exempt. Quarterly increases re nursing home placement to $14.40 April 1, 1983; $14.62 July 1, 1983; $14.87 October 1, 1983; $15.11 January 1, 1984; $15.25 April 1, 1984; and $16.30 July 1, 1984.

Additional benefits: Effective November 1983 co-payment charge for drug program introduced for those 65 and over ($3.00/prescription up to yearly maximum $30.00); and social assistance beneficiaries $1.00/prescription if under 17 years of age, $2.00 if over 17. Effective January 1, 1984, the Seniors' Health Benefits Program and the Seniors' Rehabilitative Equipment Program were introduced. The Health Benefits Program is for persons 65 and over who are full-time residents of the province, registered with Medicare, receiving both Old Age Security and Guaranteed Income Supplement. (Those not in receipt of G.I.S. who wish to receive benefits, must pay a yearly premium of $39.96.) Benefits include: self-administered injection supplies; diabetic testing supplies; ostomy supplies; specified eye care services; hearing aids; foot and chiropractic services.

ANNEXE

Services assurés complémentaires, frais autorisés et primes en vigueur

On trouvera dans cette annexe une liste des primes exigées et des frais autorisés au moment d'aller sous presse ainsi que des frais récents aux services assurés complémentaires. Les provinces qui ne sont pas mentionnées dans cette annexe soit a) n'exigent pas de tels frais; ou b) n'ont pas modifié les primes, les frais autorisés ou les services assurés complémentaires depuis le 1er janvier 1983, date à laquelle a été rédigé le résumé.

Terre-Neuve: Frais autorisés: depuis le 1er avril 1984, les frais de 5 $ par jour pour la salle ne sont plus requis. Un nouveau système de facturation a été mis en oeuvre dans les hôpitaux pour les personnes qui attendent d'être placées dans une maison de santé. Depuis le 1er avril 1984, 75% des frais mensuels facturés aux résidents des maisons de repos sont imputés aux patients après avoir obtenu leur congé du médecin (présentement 1050 $ par mois).

Nouveau-Brunswick: Frais autorisés: à compter du 4 juillet 1983, la province a réintroduit des frais autorisés pour les services de consultation externe à 6 $ la visite (3 $ aux bénéficiaires d'aide sociale, maximum annuel). Thérapie respiratoire aux malades externes, 3 $ la visite par jour. Les personnes exemptées: celles de 65 ans et plus et celles qui reçoivent des services hors de la province. Depuis le 27 mars 1984, les personnes recevant des services externes de réhabilitation, de rééducation du langage et de physiothérapie sont aussi exemptées. Augmentations trimestrielles en ce qui a trait au placement dans une maison de santé portant les frais à 14,40 $ à partir du 1er avril 1983; à 14,62 $ à partir du 1er juillet 1983; à 14,87 $ à partir du 1er octobre 1983; à 15,11 $ à partir du 1er janvier 1984; à 15,25 $ à partir du 1er avril 1984; et à 16,30 $ à partir du 1er juillet 1984.

Bénéfices complémentaires: en novembre 1983, la province a introduit un copaiement pour le programme de médicaments selon lequel les résidents âgés de 65 ans et plus, sont tenus d'acquitter des frais de 3 $ par ordonnance jusqu'à concurrence de 30 $ par année civile, et les bénéficiaires d'aide sociale 1 $ par ordonnance pour ceux de moins de 17 ans, 2 $ pour ceux de plus de 17 ans. Le 1er janvier 1984, le Programme d'allocations-santé pour les personnes âgées et le Programme d'équipement de réadaptation pour les personnes âgées ont été introduits. Le programme d'allocations-santé s'applique seulement aux personnes âgées de 65 ans et plus qui habitent dans la province, qui sont inscrites au Programme d'assurance-maladie et qui reçoivent les prestations de la Sécurité de la vieillesse et le Supplément de revenu garanti. (Les personnes qui ne reçoivent pas le

Prosthetic and orthotic services were included April 1, 1984. Limits on services. The Rehabilitative Equipment Program is also for 65 and over, who are full-time residents of the province, and registered with Medicare. A written referral by a N.B. physician, public health nurse, physiotherapist, occupational therapist of Extramural Hospital, is also required in order to receive such items as canes, crutches, wheelchairs, etc., on a loan basis.

Quebec: Authorized charges: Increased to $14.63/day ($438.00/month) effective January 1, 1984.

Ontario: Premiums: Rates increased effective benefit month September 1983 to $28.35 single and $56.70 family of two or more, and as of August 1, 1984 to $29.75 single and $59.50 family.

Authorized charges: Quarterly increases to $15.00 February 1, 1983; $15.19 May 1, 1983; $15.36 August 1, 1983; $15.62 November 1, 1983; $15.86 February 1, 1984; $15.99 May 1, 1984; and $17.31 August 1, 1984.

Manitoba: Authorized charges/additional benefits: Charge for those awaiting placement and those in personal care homes increased to $12.35 February 1, 1983; $12.55 May 1, 1983; $12.70 August 1, 1983; $12.85 November 1, 1983; $13.00 February 1, 1984; $13.45 May 1, 1984; and $13.90 August 1, 1984.

Saskatchewan: Authorized charges: Monthly charge for long-term care services increased to $447.00 as of November 1, 1983; $453.00 as of February 1, 1984; and $456.00 as of May 1, 1984.

Alberta: Premiums: Rates increased effective July 1, 1983 to $14.00 for a single person and $28.00 for a family of two or more.

Authorized charges: Admission charge increased to $10.00 effective September 1983.

Supplément de revenu garanti mais désirent recevoir les bénéfices, doivent payer une prime annuelle de 39,96 $.) Les bénéfices comprennent: matériel d'injection pour les personnes qui doivent s'administrer elles-mêmes des médicaments: matériel pour diabétiques; matériel pour ostomies; soins de la vue; appareils auditifs; soins des pieds et services de chiropraxie. À partir du 1er avril 1984, le programme couvre le coût des services de prothèses et d'orthèses. Limite de services. Le Programme d'équipement de réadaptation s'applique aussi aux personnes âgées de 65 ans et plus, qui habitent dans la province et qui sont inscrites au Programme d'assurance-santé. Il est aussi nécessaire d'obtenir une attestation écrite d'un médecin du Nouveau-Brunswick, infirmière, physiothérapeute, ergothérapeute ou de l'Hôpital Extra-Mural pour avoir droit aux articles prêtés tels que les cannes, les béquilles, les fauteuils roulants, etc.

Québec: Frais autorisés: portés à 14,63 $ par jour (438 $ par mois) à partir du 1er janvier 1984.

Ontario: Primes: le tarif des primes mensuelles est passé à partir du mois de septembre 1983 à 28,35 $ pour un personne seule, à 56,70 $ pour une famille de deux personnes ou plus, et à compter du 1er août 1984 à 29,75 $ pour une personne seule et à 59,50 $ pour une famille.

Frais autorisés: augmentations trimestrielles portant les frais à 15 $ à partir du 1er février 1983; à 15,19 $ à partir du 1er mai 1983; à 15,36 $ au 1er août 1983; à 15,62 $ au 1er novembre 1983; à 15,86 $ au 1er février 1984; à 15,99 $ au 1er mai 1984; et à 17,31 $ au 1er août 1984.

Manitoba: Frais autorisés/bénéfices complémentaires: les frais exigés des personnes attendant d'être placées en établissement et des personnes résidant dans des maisons de santé ont été portés à 12,35 $ à partir du 1er février 1983; 12,55 $ à partir du 1er mai 1983; 12,70 $ à partir du 1er août 1983; 12,85 $ à partir du 1er novembre 1983; à 13 $ à partir du 1er février 1984; à 13,45 $ à partir du 1er mai 1984; et à 13,90 $ à partir du 1er août 1984.

Saskatchewan: Frais autorisés: les frais mensuels pour les services de soins prolongés sont passés à 447 $ à compter du 1er novembre 1983; à 453 $ à compter du 1er février 1984; et à 456 $ à compter du 1er mai 1984.

Alberta: Primes: le 1er juillet 1983, le tarif est passé à 14 $ pour une personne seule et à 28 $ pour une famille de deux personnes ou plus.

Frais autorisés: à partir de septembre 1983, les frais d'admission ont été portés à 10 $.

British Columbia: Premiums: Rates increased effective January 1, 1984 to $16.00 for a single person, $30.00 for two persons, and $34.00 for a family of three or more persons.

Hospital Insurance

Out-of-province benefits: Within Canada: Out-patient: Emergency services and minor surgery charge increased to $10.00 and day care surgical services increased to $8.00, both effective September 1, 1983.

Authorized charges: Effective September 1, 1983 charges increased to: $8.50/day acute and rehabilitative care in hospitals; $12.75/day ($13.25 April 1, 1984)/day adults in extended care hospitals; $10.00 per visit emergency (a $25.00 charge is levied for non-emergency use of emergency departments) or minor surgical out-patient treatment; and $8.00/visit for day care surgical services.

Yukon: Premiums: Effective June 1, 1983 $19.00 - single; $26.50 - couple/family.

Colombie-Britannique: Primes: à partir du 1er janvier 1984, le tarif a été porté à 16 $ pour une personne seule, à 30 $ pour deux personnes et à 34 $ pour une famille de trois personnes ou plus.

Assurance-hospitalisation

Services assurés hors de la province: au Canada: services de consultation externe: le tarif pour les services d'urgence et de chirurgie mineure a été porté à 10 $ et le tarif des services de soins en chirurgie de jour a été porté à 8 $, les deux à partir du 1er septembre 1983.

Frais autorisés: à partir du 1er septembre 1983, les frais ont passé à: 8,50 $ par jour dans les hôpitaux de soins aigus et pour les services de réadaptation médicale dans les hôpitaux; 12,75 $ par jour (à 13,25 $ à partir du 1er avril 1984) pour les adultes dans les hôpitaux de soins prolongés; 10 $ pour tout service d'urgence (des frais de 25 $ sont imposés à l'emploi non urgent des départements d'urgence) ou soins en chirurgie mineure en service de consultation externe et 8 $ pour les services de chirurgie de jour.

Yukon: Primes: le tarif des primes mensuelles est passé à partir du 1er juin 1983 à 19 $ pour une personne seule et à 26,50 $ pour un couple ou une famille.

Health Insurance Division
August, 1984

Division de l'assurance-santé
août 1984

Plan Addresses

Newfoundland

Medical Care

Newfoundland Medical Care Commission,
Elizabeth Towers,
Box 200, Station "A"
St. John's, Newfoundland.
A1C 5J3

Hospital Insurance

Hospital Services Division,
Department of Health,
Confederation Building,
P.O. Box 4750,
St. John's, Newfoundland.
A1C 5T7

Prince Edward Island

Medical Care

Health Services Commission,
P.O. Box 4500,
Charlottetown, Prince Edward Island.
C1A 7P4

Hospital Insurance

Hospital Services Commission,
P.O. Box 4500,
Charlottetown, Prince Edward Island.
C1A 7P4

Nova Scotia

Medical Care

Health Services and Insurance Commission,
Joseph Horne Building,
Corner Prince and Hollis Streets,
P.O. Box 760,
Halifax, Nova Scotia.
B3J 2V2

Hospital Insurance

Department of Health,
Joseph Horne Building,
Corner Prince and Hollis Streets,
P.O. Box 760,
Halifax, Nova Scotia.
B3J 2V2

New Brunswick

Medical Care

Department of Health,
Medicare,
P.O. Box 5100,
Fredericton, New Brunswick.
E3B 5G8

Adresses des Régimes

Terre-Neuve

Soins médicaux

Newfoundland Medical Care Commission
Elizabeth Towers
C.P. 200, Succursale A
St. John's (Terre-Neuve)
A1C 5J3

Assurance-hospitalisation

Hospital Services Division
Department of Health
Confederation Building
C.P. 4750
St. John's (Terre-Neuve)
A1C 5T7

Île-du-Prince-Édouard

Soins médicaux

Health Services Commission
C.P. 4500
Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard)
C1A 7P4

Assurance-hospitalisation

Hospital Services Commission
C.P. 4500
Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard)
C1A 7P4

Nouvelle-Écosse

Soins médicaux

Health Services and Insurance Commission
Joseph Horne Building
Angle des rues Prince et Hollis
C.P. 760
Halifax (Nouvelle-Écosse)
B3J 2V2

Assurance-hospitalisation

Ministère de la Santé
Joseph Horne Building
Angle des rues Prince et Hollis
C.P. 760
Halifax (Nouvelle-Écosse)
B3J 2V2

Nouveau-Brunswick

Soins médicaux

Ministère de la Santé
Assurance-santé
C.P. 5100
Fredericton (Nouveau-Brunswick)
E3B 5G8

Hospital Insurance

Department of Health,
Insured Services Division,
P.O. Box 6000,
Fredericton, New Brunswick.
E3B 5G8

Quebec

Medical Care

Quebec Health Insurance Board,
P.O. Box 6600,
Quebec, Quebec.
G1K 7T3

Hospital Insurance

Department of Social Affairs,
Joffre Building,
1075 chemin Ste-Foy,
Quebec, Quebec.
G1A 1B9

Ontario

Ontario Health Insurance Plan (Medical Care and Hospital Insurance)

HEAD OFFICE
General Manager,
Ontario Health Insurance Plan,
MacDonald-Cartier Building,
49 Place d'Armes
P.O. Box 48,
Kingston, Ontario.
K7L 5J3

HAMILTON
119 King Street W.,
P.O. Box 2112,
Hamilton, Ontario.
L8N 3Z9

KINGSTON
1055 Princess Street,
P.O. Box 9000,
Kingston, Ontario.
K7L 5A9

LONDON
227 Queens Avenue,
P.O. Box 5700,
Terminal "A",
London, Ontario.
N6A 4L6

MISSISSAUGA
201 City Centre Drive,
P.O. Box 7020,
Station "A",
Mississauga, Ontario.
L5A 3H1

OSHAWA
44 Bond Street W.,
P.O. Box 617,
Oshawa, Ontario.
L1H 7R1

OTTAWA
75 Albert Street,
Ottawa, Ontario.
K1P 5Y9

SUDBURY
199 Larch Street,
8th Floor,
Sudbury, Ontario.
P3E 5R1

THUNDER BAY
435 James Street S.,
P.O. Box 5000,
Thunder Bay, Ontario.
P7E 6E3

Assurance-hospitalisation

Ministère de la Santé
Division des services assurés
C.P. 6000
Fredericton (Nouveau-Brunswick)
E3B 5G8

Québec

Soins médicaux

Régie de l'assurance-maladie du Québec
C.P. 6600
Québec (Québec)
G1K 7T3

Assurance-hospitalisation

Ministère des Affaires sociales
Édifice Joffre
1075, chemin Ste-Foy
Québec (Québec)
G1A 1B9

Ontario

Régime d'assurance-maladie de l'Ontario (les soins médicaux et l'assurance-hospitalisation)

SIÈGE SOCIAL
Gérant général
Régime d'assurance-maladie de l'Ontario
MacDonald-Cartier Building
49 Place d'Armes
C.P. 48
Kingston (Ontario)
K7L 5J3

HAMILTON
119, rue King ouest
C.P. 2112
Hamilton (Ontario)
L8N 3Z9

KINGSTON
1055, rue Princess
C.P. 9000
Kingston (Ontario)
K7L 5A9

LONDON
227, avenue Queens
C.P. 5700
Terminus "A"
London (Ontario)
N6A 4L6

MISSISSAUGA
201, promenade City Centre
C.P. 7020
Terminus "A"
Mississauga (Ontario)
L5A 3H1

OSHAWA
44, rue Bond ouest
C.P. 617
Oshawa (Ontario)
L1H 7R1

OTTAWA
75, rue Albert
Ottawa (Ontario)
K1P 5Y9

SUDBURY
199, rue Larch
8e étage
Sudbury (Ontario)
P3E 5R1

THUNDER BAY
435, rue James sud
C.P. 5000
Thunder Bay (Ontario)
P7E 6E3

TORONTO
2195 Yonge Street
P.O. Box 1700,
Terminal "A",
Toronto, Ontario.
M5W 1G9

The above district offices undertake the processing of registrations and claims. Information offices are also located at Barrie, Kenora, Kitchener, Peterborough, Owen Sound, St. Catharines, Sault Ste Marie, Sarnia, Timmins and Windsor.

Manitoba

Medical Care

Manitoba Health Services Commission,
P.O. Box 925,
599 Empress Street,
Winnipeg, Manitoba.
R3C 2T6

Hospital Insurance

Manitoba Health Services Commission,
P.O. Box 925,
599 Empress Street,
Winnipeg, Manitoba.
R3C 2T6

Saskatchewan

Medical Care

Saskatchewan Medical Care Insurance Commission,
T.C. Douglas Building,
3475 Albert Street,
Regina, Saskatchewan.
S4S 6X6

Hospital Insurance

Saskatchewan Hospital Services Plan,
T.C. Douglas Building,
3475 Albert Street,
Regina, Saskatchewan.
S4S 6X6

Alberta

Medical Care

Department of Hospitals and Medical Care,
Alberta Health Care Insurance Plan,
P.O. Box 1360,
118th Avenue and Groat Road,
Edmonton, Alberta.
T5J 2N3

or

TORONTO
2195, rue Yonge
C.P. 1700
Terminus "A"
Toronto (Ontario)
M5W 1G9

Les bureaux régionaux ci-dessus se chargent de recevoir les inscriptions et de donner suite aux demandes d'indemnité. Il existe également des bureaux d'information à Barrie, à Kenora, à Kitchener, à Owen Sound, à Peterborough, à St. Catharines, à Sarnia, à Sault-Ste-Marie, à Timmins et à Windsor.

Manitoba

Soins médicaux

Manitoba Health Services Commission
C.P. 925
599, rue Empress
Winnipeg (Manitoba)
R3C 2T6

Assurance-hospitalisation

Manitoba Health Services Commission
C.P. 925
599, rue Empress
Winnipeg (Manitoba)
R3C 2T6

Saskatchewan

Soins médicaux

Saskatchewan Medical Care Insurance Commission
T.C. Douglas Building
3475, rue Albert
Regina (Saskatchewan)
S4S 6X6

Assurance-hospitalisation

Saskatchewan Hospital Services Plan
T.C. Douglas Building
3475, rue Albert
Regina (Saskatchewan)
S4S 6X6

Alberta

Soins médicaux

Department of Hospitals and Medical Care
Alberta Health Care Insurance Plan
C.P. 1360
118e Avenue et chemin Groat
Edmonton (Alberta)
T5J 2N3

ou

Department of Hospitals and Medical Care,
Alberta Health Care Insurance Plan,
Crosslands Building,
6298 - 7th Avenue S.W.,
Calgary, Alberta.
T2P 0Y9

Hospital Insurance

Department of Hospitals and Medical Care,
P.O. Box 2222,
11010 - 101st Street,
Edmonton, Alberta.
T5J 2P4

British Columbia

Medical Care

Medical Services Commission,
1515 Blanshard Street,
P.O. Box 1600,
Victoria, British Columbia.
V8W 2X9

Insurance contract may be obtained from the Medical Services Plan of British Columbia at the above address.

Hospital Insurance

Hospital Programs,
Ministry of Health,
Parliament Buildings,
Victoria, British Columbia.
V8W 3C8

Northwest Territories

Medical Care

N.W.T. Health Care Plan,
Government of the N.W.T.,
Precambrian Building,
Yellowknife, N.W.T.
X1A 2L9

Hospital Insurance

N.W.T. Health Care Plan,
Government of the N.W.T.,
Precambrian Building,
Yellowknife, N.W.T.
X1A 2L9

Department of Hospitals and Medical Care
Alberta Health Care Insurance Plan
Crosslands Building
6298, 7e Avenue sud-ouest
Calgary (Alberta)
T2P 0Y9

Assurance-hospitalisation

Department of Hospitals and Medical Care
C.P. 2222
11010 - 101e, rue
Edmonton (Alberta)
T5J 2P4

Colombie-Britannique

Soins médicaux

Medical Services Commission
1515, rue Blanshard
C.P. 1600
Victoria (Colombie-Britannique)
V8W 2X9

Pour obtenir un contrat d'assurance, s'adresser au Medical Services Plan of British Columbia à l'adresse mentionnée ci-haut.

Assurance-hospitalisation

Hospital Programs
Ministry of Health
Parliament Buildings
Victoria (Colombie-Britannique)
V8W 3C8

Territoires du Nord-Ouest

Soins médicaux

N.W.T. Health Care Plan
Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest
Precambrian Building
Yellowknife (Territoires du Nord-Ouest)
X1A 2L9

Assurance-hospitalisation

N.W.T. Health Care Plan
Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest
Precambrian Building
Yellowknife (Territoires du Nord-Ouest)
X1A 2L9

Yukon

Medical Care

Yukon Health Care Insurance Plan,
P.O. Box 2703,
Whitehorse, Yukon.
Y1A 2C6

Hospital Insurance

Yukon Health Care Insurance Services,
P.O. Box 2703,
Whitehorse, Yukon.
Y1A 2C6

Territoires du Yukon

Soins médicaux

Yukon Health Care Insurance Plan
C.P. 2703
Whitehorse (Yukon)
Y1A 2C6

Assurance-hospitalisation

Yukon Health Care Insurance Services
C.P. 2703
Whitehorse (Yukon)
Y1A 2C6